Министерство образования и науки Российской Федерации

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Оренбургский государственный университет»

Т.А. Болдырева, Л.В. Тхоржевская

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано Ученым советом Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Оренбургский государственный университет» в качестве учебного пособия для студентов по направлению «Психолог, преподаватель психологии»

Оренбург
ИПК ГОУ ОГУ
2011

УДК 37.013.77 (07)
ББК 88.8я 73
Б 79

Рецензент - доктор биологических наук, профессор, ректор Института специальной педагогики и психологии Л.М. Шипицына

Болдырева, Т.А., Тхоржевская, Л.В.
Б 79 Специальная психология: учебно-методическое пособие / Т.А. Болдырева, Л.В. Тхоржевская, – Оренбург: ИПК ГОУ ОГУ, 2011. – 185 с.
ISBN

В учебно-методическом пособии изложены основные положения специальной психологии, рассмотрены проблемы развития отдельных отраслей специальной психологии.

Приведены планы подготовки к практическим и семинарским занятиям, описана методика самостоятельной работы, предусмотренной учебным планом специальности. Изложены некоторые материалы для подготовки к занятиям и контроля знаний.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов специальности 030301 - «Психолог, преподаватель психологии».

УДК 37.013.77 (07)
ББК 88.8я 73

ISBN

Содержание

Введение

Актуальность курса «Специальная психология» обоснована в первую очередь социальной значимостью проблем, составляющих его основное содержание: к сожалению, ярко обозначилась тенденция к увеличению количества детей с отклонениями в развитии.

Кроме того, происходит изменение готовности общества в целом, составляющих его групп и отдельных людей к интеграционным процессам, к оказанию помощи и поддержки детям и подросткам с различными проблемами, трудностями в обучении и поведении.

Процессы интеграции в общество людей с «особыми нуждами» формируют потребность в обучении навыкам взаимодействия с ними специалистов различных специальностей. Психолог взаимодействует со взрослыми людьми с особыми нуждами, с детьми и подростками с проблемами в развитии в рамках исполнения своих должностных обязанностей.

Совокупность описанных факторов позволяет говорить об особой роли дисциплины «Специальная психология» при подготовке психологов.

Данный курс призван сформировать представления о теоретико-методологических основах этой науки, ее базовых категориях, принципах, своеобразии методов и приемов.

Дисциплина предлагается студентам для изучения на III курсе, в 6 семестре, что обусловлено необходимостью предварительного изучения таких базовых дисциплин, как «Общая психология», «Психология развития», «Клиническая психология», «Анатомия и физиология», «Невропатология», «Нейропсихология».

Цель курса – дать студентам основные представления о сущности аномального развития, основных видах нарушений психического развития, а так же о принципах и содержании коррекционного обучения.

Для реализации курса необходимо решение следующих *задач:*

1) формирование представлений об аномальном развитии, его типах и видах; знакомство с основным кругом понятий и теоретических идей специальной психологии;

2) изучение современной системы специального образования в России и других странах мира, ее правовой основы;

3) выявление особенностей становления общения, игровой, познавательной, трудовой деятельности у детей с проблемами в развитии;

4) знакомство с возможными причинами и проявлениями нарушенного поведения, недоразвития сенсорной, интеллектуальной, эмоционально-волевой сферы;

5) формирования представлений о сущности особых образовательных нужд детей с ограниченными возможностями и проблемами в развитии;

6) формирование гуманистического отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья и проблемами в развитии.

В структуру курса заложены принципы, которые можно разделить на две основные группы: принципы отбора содержания и принципы методические.

1. Принципы отбора содержания:

1) личностный подход к феноменам дизонтогенеза;

2) приоритета социализации и интеграции в общество ребенка с проблемами в развитии;

3) историко-культурной обусловленности специальных педагогических теорий и систем образования детей с проблемами в развитии.

2. Методические принципы учитывают следующие условия реализации программы: развитие позиционного подхода в обучении студентов, наличие неблагоприятных аттитьюдов современного российского общества в отношении людей с ограниченными возможностями с одновременным присутствием устойчивой тенденции к росту дизонтогений в детской и подростковой популяции; наличие проблем организационного порядка в частности, дефицит специальной литературы. Таким образом, методическими принципами реализации программы являются следующие:

1) формирующий принцип, реализуемый в освоении студентами гуманистической парадигмы современной специальной психологии;

2) принцип прагматический, проявляющийся в ориентации практических занятий на более подробное знакомство с наиболее распространенными отклонениями в развитии и практико-ориентированном характере рекомендуемой литературы

3) принцип концентрического построения программы в следующем порядке построение концентров: теории отклоняющегося развития, причины возникновения отклонений, механизмы возникновения системных отклонений, организационные формы помощи детям и подросткам с отклонениями в развитии, традиционные и инновационные модели обучения особых детей;

4) дискуссионный характер некоторых положений курса, таких как позитивистские концепции развития ребенка за счет реализации компенсаторных функций организма; теории необходимо широкой интеграции ребенка с проблемами в образовательную и социальную среду; плюсы и минусы узкой дифференциации системы специального образования и др.

Извлечение из государственного стандарта высшего профессионального образования

Изучение области знаний, объектом которой являются люди с ограниченными возможностями, для клинического психолога представляется насущной необходимостью, поскольку именно эти люди составят значительную долю пациентов.

Предлагаемый к усвоению материал структурирован с учетом мультидисциплинарного подхода к преподаванию. Успешное его освоение требует обращения к знаниям, полученным в рамках предшествующих курсов общей, возрастной и клинической психологии, нейро- и патопсихологии, анатомии и физиологии высшей нервной деятельности.

Основными темами курса являются следующие:

1. Предмет, цели и задачи специальной психологии на современном этапе ее развития. История становления специальной психологии.

2. Нарушенное развитие – дизоногенез: параметры и закономерности.

3. Структура нарушенного развития и механизмы формирования системных отклонений.

4. Профилактика и коррекция отклонений от нормы психического развития у детей с врожденными или приобретенными дефектами.

5. Комплексные психолого-медико-педагогические службы помощи детям с отклонениями в развитии: структура, динамика развития, принципы организации, методы и методики организации помощи.

6. Интеграция лиц с отклонениями в развитии в общекультурное пространство, психологический аспект.

Расширение знаний, полученных на лекционных занятиях, проходит при подготовке и проведении практических занятий.

Изменения, происходящие в современном обществе, поднимают ряд вопросов, являющихся предметом дискуссий. К числу таких вопросов относятся представления о предмете и объекте специальной психологии, интеграции и инклюзивном образовании как основном направлении в развитии форм помощи людям с особыми нуждами, цели и задачи работы психолога с этой категорией людей. Все эти дискуссионные вопросы предполагается обсуждать на практических занятиях.

Кроме того, умение выделить тот или иной факт как признак дизонтогенеза, требует развития навыков соотнесения параметров индивидуального развития ребенка с возрастными нормами. Именно поэтому второй блок информации, заключенной в данном курсе можно обозначить как пропедевтика последующих курсов «Психология аномального развития», «Специальный практикум по личностным патологиям» и «Психология социальной реабилитации дезадаптированной личности».

Перечень знаний, умений и навыков, которыми овладевает студент при освоении курса «Специальная психология»:

1. Студент должен иметь представление о предмете, объекте, целях и задачах специальной психологии на современном этапе ее развития, о дефекте и его структуре, о дизонтогенезе и его параметрах, о закономерностях аномального развития, об основных видах дизонтогенеза и существующих классификациях данного феномена, об основных принципах и направлениях компенсации, коррекции и реабилитации людей с ограниченными возможностями в зависимости от характера дефекта, возраста и времени возникновения дефекта, знать основные формы и принципы интеграции данной категории людей.

2. Студент должен иметь сформированные навыки описания основных признаков аномального развития, анализа специальной литературы, идентификации признаков нарушенного развития у ребенка.

3. Студент должен обладать умениями анализировать и описывать структуру дефекта при различных дефектах развития, взаимодействовать с детьми с особыми нуждами при непосредственном общении, идентифицировать отдельные признаки нарушенного развития у детей дошкольного и младшего школьного возраста, анализировать основные социально-психологических проблемы подростков и взрослых людей с ограниченными возможностями.

1 Лекционные занятия

Таблица 1 - Тематический план лекционных занятий

Тема	Кол-во часов
1. Предмет, цели и задачи специальной психологии на современном этапе ее развития. История становления специальной психологии	2
2. Нарушенное развитие – дизонтогенез: параметры и закономерности	2
3. Структура нарушенного развития и механизмы формирования системных отклонений	2
4. Профилактика и коррекция отклонений от нормы психического развития у детей с врожденными или приобретенными дефектами сенсорной, интеллектуальной, эмоциональной сфер	2
5. Комплексные психолого-медико-педагогические службы помощи детям с отклонениями в развитии: структура, динамика развития, принципы организации, методы и методики организации помощи	2
6. Интеграция лиц с отклонениями в развитии в общекультурное пространство: психологический аспект	2
ИТОГО	12

1.1 Лекция №1

Предмет, цели и задачи специальной психологии на современном этапе ее развития. История становления специальной психологии

Специальная психология может быть охарактеризована как одна из старейших прикладных отраслей психологической науки. Формирование и развитие системы помощи, а затем и образования людей с особыми нуждами, детей с отклонениями в развитии стало основным фактором ее развития. Однако данный фактор не единственный. Развитие общей психологии, педагогической, возрастной психологии играло не меньшую роль в становлении дисциплины, прошедшей путь от прикладной до теоретической.

Первый фактор ярко проявляется в эволюции отношения к лицам с «особыми нуждами». Н.Н. Малофеев выделяет 5 этапов данной эволюции.

1 этап. От агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботы о людях с отклонениями в развитии.

2 этап. От осознания необходимости призрения лиц с отклонениями в развитии к осознанию возможности обучения хотя бы части из них.

3 этап. От осознания возможности обучения к осознанию его целесообразности для детей слепых, глухих и умственно отсталых.

4 этап. От осознания необходимости обучения части детей к пониманию необходимости обучения всех аномальных детей.

5 этап. От изоляции (сегрегации) к интеграции.

В России и странах Западной Европы хронологические рамки этапов различны.

Словосочетание «Специальная психология», несмотря на то, что в целом оно не раскрывает своеобразия предметного содержания данного научного направления, прочно укоренилось в сфере профессионального общения. Этому способствовали два основных фактора: эволюция отношения к лицам с особыми нуждами и

«восхождение» от остенсионного к обобщенному пониманию предмету специальной психологии.

В настоящее время все чаще предмет специальной психологии формулируется следующим образом: «Специальная психология исследует различные формы и стороны развития психики в неблагоприятных условиях», - это определение дано В.М. Сорокиным.

Следствием развития психики в стесненных условиях является нарушенное развитие, которое представляет собой стойкое изменение параметров актуального функционирования психики и темпов ее возрастной динамики, достоверно отличающееся от средних значений, характерных для данного возраста.

Исследование четырех основных групп закономерностей психического развития является основной задачей специальной психологии.

1) Основные и общие, то есть закономерности, по которым развивается психика в обычных и неблагоприятных условиях.
2) Модально-неспецифические – ряд особых закономерностей, свойственных всем группам детей с отклонениями в развитии независимо от характера основного нарушения.
3) Модально-специфические особенности – особенности, свойственные какой-то одной группе детей с отклонениями в развитии.
4) Последняя группа закономерностей связана с установлением зависимостей характера психического развития от силы и выраженности патогенного фактора, например, от степени и времени потери слуха, от длительности состояния эмоциональной депривации и др.

Становление предметного содержания специальной психологии связано с парадоксом, на который впервые обратил внимание В.И. Лубовский. Казалось, что наиболее изученными являются модально-специфические закономерности, однако сопоставление полученного эмпирического материала на «межмодальном» уровне позволило сделать вывод об их принадлежности к группе модально-неспецифических особенностей.

Таким образом, специальная психология представляет собой, с одной стороны, наиболее традиционную отрасль психологической науки, а с другой, остается подверженной изменениям как с методической, так и методологической позиций.

1.2 Лекция №2

Нарушенное развитие – дизонтогенез: параметры и закономерности

Нарушенное развитие, по определению В.М. Сорокина*,* это стойкое изменение параметров актуального функционирования психики и темпов ее возрастной динамики, достоверно отличающееся от средних значений, характерных для данного возраста. Рассмотрение вопроса о нарушенном развитии тесно связано с дискуссией вокруг вопроса о дихотомии понятий норма – патология.

Существуют различные подходы к определению этого понятия: статистический, адаптационный, культурно-релятивный, подход описательных критериев, уровнево-типолигический.

Подход описательных критериев и уровнево-типологический значительно отличаются от трех предшествующих прежде всего тем, что в центре внимания исследователя находятся признаки здоровья, а не признаки патологии.

Именно в таком русле формулируется понятие здоровья Всемирной организацией здравоохранения: *здоровье* **–** это такое состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие.

Продолжая эту традицию, Б.С. Братусь рассматривает феномен здоровья как неоднородное и многоуровневое образование. Высшая его ступень – нравственное самосознание личности, представляющее собой внутреннюю регуляцию внешнего социального поведения человека. Более низкий уровень связан с собственно отражательной, когнитивной деятельностью человека; он обозначается как психологический. И, наконец, третий уровень, выступает как материальная база психической деятельности, ее биологический фундамент.

В отечественной специальной психологии в основу феноменов нарушенного развития положена культурно-историческая теория Л.С. Выготского. Одной из центральных категорий этой теории является понятие ВПФ, прижизненно формируемых путем усвоения социально-исторического опыта в процессе общения ребенка со взрослым, знаково опосредованных по строению и произвольных по способу регуляции. Примечательно в связи с этим, что в качестве эпиграфа к своей работе «Развитие высших психических функций» он приводит слова Ф. Энгельса: «Вечные законы природы превращаются все более и более в исторические законы».

Таким образом, *развитие* – это непрерывно-поступательный, необратимый процесс формирования качественно позитивных изменений в характере субъективного отражения человеком внешнего и внутреннего мира (в параметрах его полноты, точности, глубины и взаимосвязанности), обеспечивающих все более эффективную регуляцию внешней предметной и внутренней психической деятельности.

В соответствии с данным определением развития и уровневым подходом к определению нормы – патологии, *отклоняющееся развитие* – это обычное развитие, протекающее в необычных (неблагоприятных) условиях, патогенная сила которых превосходит компенсаторные возможности индивида, не нарушая при этом целостности психики, а лишь модифицируя уровень ее опосредованности. Вследствие этого относительно устойчиво изменяются параметры и стороны микрогенеза (когнитивные, эмоциональные, регуляторные), что приводит к трансформациям в процессе возрастного развития. Это прежде всего проявляется в замедлении процесса социализации, то есть в замедлении усвоения культурно-исторического опыта. Именно поэтому дети с признаками нарушенного развития нуждаются в специальной медико-социальной и психолого-педагогической помощи.

Опираясь на основные положения закономерностей нормального и аномального развития (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник). В.В. Лебединский определяет ряд патопсихологических параметров, определяющих характер психического дизонтогенеза.

Первый параметр связан с *функциональной локализацией нарушения* и позволяет выделить два основных вида дефекта. Частный дефект обусловливается дефицитарностью отдельных психических функций – гнозиса, праксиса, речи. Общий дефект связан с нарушением регуляторных систем – подкорковых (снижается уровень бодрствования, психической активности, возникает патология влечений, элементарные эмоциональные расстройства) и корковых, обусловливающих дефекты интеллектуальной деятельности (недостаточность целенаправленности, программирования, контроля), нарушения более сложных, специфически человеческих эмоций. Общие и частные нарушения выстраиваются в определенную иерархию.

Второй параметр дизонтогенеза связан *со временем поражения.* Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее явление недоразвития. Чем позднее возникло нарушение нервной системы, тем более типичны явления повреждения психики с распадом структуры психической функции.

Третий параметр дизонтогенеза характеризует *взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом.*

Четвертый параметр дизонтогенеза – *нарушение межфункционального взаимодействия.*

Неравномерность психического созревания, наличие сензитивных периодов, непрерывность и необратимость развития, единство процессов дифференциации и интеграции, единство эволюционирования и функционирования – все это общие закономерности развития, характерные в том числе для нарушенного развития – дизонтогенеза.

Развитие происходит в рамках предметно-практической деятельности и общения.

Предвидеть заранее результаты развития (нарушенного развития) невозможно, поскольку трудно предугадать весь тот социальный опыт, который освоит ребенок в процессе своей жизни, и это в свою очередь является основанием для возможностей самоопределения и самореализации личности.

При дизонтогенезе общими закономерностями является замедление темпа возрастного развития, изменение сроков перехода из одной стадии в другую. При разных типах отклонений общим является снижение уровня интегративности в функционировании мозга, общее снижение психической активности, диспропорциональность между направленной и спонтанной сторонами развития. Спонтанное развитие, как правило, страдает больше, чем направленное.

Таким образом, утвердившая со времен Л.С. Выготского традиция рассматривать нарушенное развитие как развитие, протекающее иным способом, позволяет говорить о том, что при дизонтогенезе реализуются общие закономерности психического развития, но они «модифицируются» в зависимости от характера и степени выраженности тех самых «стесняющих» обстоятельств, которые и создают условия для нарушений развития.

1.3 Лекция № 3

Структура нарушенного развития и механизмы формирования системных отклонений

Одним из параметров дизонтогенеза является соотношение первичного и вторичного дефектов. Часто это соотношение называют структурой нарушенного развития. Идея структурной организации дизонтогенеза принадлежит Л.С. Выготскому.

Первичные, или *ядерные нарушения* представляют собой мало обратимые изменения в параметрах работы той или иной функции, вызванные непосредственным воздействием патогенного фактора. Поскольку рассуждая о структуре дефекта, мы обсуждаем явления психологического порядка, психологической модальности, то органические поражения мозга как явления анатомофизиологического порядка представляют собой предпосылки первичного дефекта.

Вторичные, или *системные нарушения* имеют иную природу и свойства. Это обратимые изменения процесса развития психических функций, непосредственно связанные с первично нарушенной функцией. Название «системные нарушения» означает, что эти нарушения возникают вследствие того, что недостаточность функций возникает как результат межфункционального взаимодействия с нарушенной функцией.

При определенных условиях в развитии первично нарушенных функций может проявляться и определенная позитивная динамика.

Вторичные нарушения обладают большей, чем ядерные нарушения, степенью обратимости под влиянием коррекционных мероприятий или, в некоторых случаях, спонтанного восстановления. Выраженность вторичных нарушений убывает по мере удаления от первичного дефекта.

Часто в литературе встречается понятие третичных нарушений. Под этим названием подразумевают нарушения различных сторон психики, не имеющих непосредственных связей с первично поврежденной функцией. В целом третичные нарушения рассматриваются в ряду нарушений развития как наиболее индивидуально вариабельные и наименее специфичные для того или иного характера первичного нарушения.

Соотношение первичных и вторичных симптомов нарушенного развития характеризуется и еще одной особенностью, обозначаемой термином *вектральность*, под которым понимают направленность распространения вторичных нарушений.

Вектральность «*снизу вверх*» свойственна для такой структуры дефекта, при которой первично нарушаются какие-то элементарные функции, а вторично недоразвиваются более сложные, надстраивающиеся над ней.

Вектральность «*сверху вниз*» предполагает, что влияние носит обратную направленность: нарушение в сфере высших психических функций оказывает негативное воздействие на развитие и реализацию низших.

Следует обратить внимание и на тот факт, что при разных первичных нарушениях возможно сочетание как модально специфических, так и модально

неспецифических вторичных нарушений. Формирование модально неспецифических нарушений обусловлено единой структурой межфункционального взаимодействия.

С возрастом структура нарушенного развития изменяется. Ее динамика может быть как позитивной, так и негативной.

Характер динамики зависит от целого ряда факторов, в числе которых находятся прогридиентность – непрогридиентность заболевания, явившегося предпосылкой первичного дефекта, качество психологической, медицинской и коррекционно-педагогической помощи.

Если поврежденная функция в своих основных параметрах с течением времени остается относительно неизменной, характер динамики структуры в основном зависит о качества и адекватности оказываемой специальной психого-педагогической помощи. Если в качестве ядерного дефекта выступает текущее заболевание головного мозга и психические расстройства, то имеет место негативная динамика структуры дефекта.

Практика психодиагностики позволяет утверждать, что характер соотношения первичных и системных отклонений не является легко диагностируемыми. Обнаружить первичное/первичные отклонения и отдифференцировать их от вторичных сложно, в силу того, что последние могут быть максимально выраженными и тем самым усугублять первичные расстройства.

1.4 Лекция № 4

Профилактика и коррекция отклонений от нормы психического развития у детей с врожденными или приобретенными дефектами сенсорной, интеллектуальной, эмоциональной сфер

В рамках специальной психологии профилактика может рассматриваться на уровне непосредственной и условной профилактики.

К сфере условной профилактики можно отнести работу по формированию здорового образа жизни у молодежи, работу по подготовке к родам с семьями, ожидающими рождения ребенка, - все вместе это позволяет снизить количество факторов, негативно влияющих на формирующийся детский организм и исключить ряд причин родового травматизма.

На уровне непосредственной профилактики особое значение приобретает вторичная профилактика, связанная с предупреждением формирования системных отклонений и максимально ранней коррекцией первичного дефекта.

В связи с этим необходимо обсудить такие основополагающие понятия специальной психологии, как компенсация, коррекция, ре- и абилитация.

В самом общем смысле под **компенсацией** понимают процесс возмещения недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных и перестройки частично нарушенных.

Особая роль в развитии представлений о компенсации принадлежит исследованиям П.К. Анохина, Л.С. Выготского, А.Р. Лурии, В. Штерна, А. Адлера и др.

Функциональные системы обладают высокой пластичностью и способностью к перестраиванию. Именно эта способность лежит в основе механизмов компенсации перестроек. Традиционно выделяют два типа перестроек нарушенных функций: внутрисистемную и межсистемную.

Описывают пять фаз компенсаторного процесса. (Л.Н. Солнцева)

Первая фаза – обнаружение того или иного нарушения в работе организма. Сигнал о нарушении может быть связан и с самим расстройством, и с его последствиями, с различными отклонениями в поведении и деятельности.

Вторая фаза – оценка параметров нарушения, его локализации и глубины (выраженности).

Третья фаза – формирование программы последовательности и состава компенсаторных процессов и мобилизации, нервно-психических ресурсов индивида.

Четвертая фаза – отслеживание процесса реализации программы последовательности и состава компенсаторных процессов.

Пятая, завершающая, фаза, связана с остановкой компенсаторного механизма и закреплением его результатов.

По определению Б.Г. Ананьева, человек – существо биосоциальное, поэтому все компенсаторные процессы протекают одновременно на нескольких уровнях. Первый – биологический, или телесный уровень протекания компенсаторных процессов. Второй – психологический уровень компенсации – чрезвычайно сложен по своему содержанию. Он включает в себя работу защитных механизмов, т.е неосознаваемых процессов, обеспечивающих снижение тревоги и внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях. На этом уровне разворачивается действие так называемых копинг – стратегий. Третий уровень – социально-психологический, связанный с общественным характером человеческого бытия. Высший уровень организации компенсаторных процессов – социальный, протекание компенсаторных процессов на этом уровне в значительной степени зависит от отношения общества к людям с ограниченными возможностями.

Если компенсация – это процесс нарушенной или утраченной функции, то *коррекция* может быть определена как исправление каких-либо нарушений. В специальной психологии термин «коррекция» имеет вполне определенную предметную отнесенность. Чаще всего подразумевается психолого-педагогическая коррекция. Именно в этом смысле термин коррекция был впервые использован В.П. Кащенко.

Психолого-педагогическая коррекция наиболее эффективна по отношению к системным отклонениям, коррекция средствами современной медицины – по отношению к первичному дефекту.

Качество и успешность коррекционной работы зависит от качества и времени начала коррекционной работы после возникновения дефекта.

Понятие *реабилитация* указывает на систему внешних мероприятий по отношению к человеку. Реабилитация отличается меньшей локализацией своих воздействий по сравнению с коррекцией. То есть, реабилитация – это система мероприятий, направленных на восстановление полноценно общественного бытия личности. В зависимости от основной направленности реабилитационных

мероприятий выделяют медицинскую, психологическую, семейную, социально-трудовую и т.д. Однако в последнее время все чаще речь идет о комплексной психолого-педагогической реабилитации. Кроме того, важно подчеркнуть компонент системности. Неправильно считать какое-либо отдельное мероприятие реабилитационным.

Понятие абилитации отличается от понятия реабилитации тем, что человек, находящийся в ситуации абилитации (в отличии от человека, находящего в ситуации реабилитации) факта утраты какой – либо функции не переживал, то есть речь идет не об исправлении того, что произошло в результате утраты ранее имевшегося, а о формировании того, что возникает в результате отсутствия.

В плеяде основных категорий специальной психологий особое место занимает термин *адаптации,* имеющий весьма широкую область употребления. В отличие от компенсации, имеющей направленность а восстановление исходного состояния индивида, адаптация направлена на восстановление средового равновесия за счет изменений, происходящих в самом индивиде. Таким образом, адаптация и компенсация процессы разнонаправленные, но единые. В возрастном развитии становление адаптационных механизмов обгоняет становление компенсаторных. Однако, по мере взросления, развитие компенсаторных способностей усиливается и догоняет адаптационные.

Специфика реализации вторичной профилактики зависит от характера дефекта и соотношения первичного и системных нарушений.

1.5 Лекция № 5

Комплексные психолого-медико-педагогические службы помощи детям с отклонениями в развитии: структура, динамика развития, принципы организации, методы и методики организации помощи

Реализация вторичной профилактики системных нарушений наиболее эффективна в рамках имеющейся комплексной системы помощи детям с отклонениями в развитии.

Наиболее удобным и эффективным вариантом такой службы является психолого-медико-педагогическая консультация (ПМПК). ПМПК решает проблемы ребенка и семьи, воспитывающей особого ребенка на межведомственном уровне, объединяя усилия специалистов различных ведомств: здравоохранения, образования и социальной защиты населения.

ПМПК создается с целью организации и оказания помощи населению, учреждениям и органам образования в своевременном выявлении, учете, комплексной психолого-медико-педагогической диагностике, обучении, социально-трудовой адаптации и интеграции в общество детей с различными проблемами в развитии.

ПМПК обслуживает:

1. *Детей*, осуществляя комплексное изучение проблем развития ребенка и определение индивидуального образовательного маршрута; социальную, медицинскую, психологическую, коррекционно-педагогическую помощь ребенку в совместном преодолении проблем в развитии, общении, поведении.
2. *Родителей (или лиц, их заменяющих),* предлагая информацию по существу проблем ребенка, рекомендации и обучающие занятия, а также консультирование родителей по вопросам воспитания и обучения.

3. *Педагогов и специалистов* детских учреждений, организуя психолого-педагогическую методическую помощь и поддержку в работе с детьми, имеющими проблемы в развитии.

ПМПК позволяет оказывать психолого-медико-педагогическую помощь всем перечисленным категориям населения, однако центральным звеном этой деятельности является ребенок.

Оказание комплексной помощи взрослым людям с ограниченными возможностями организационно возможно в рамках медико – социальной экспертизы (МСЭ). С этой целью необходимо расширение функций данной организации.

В основе деятельности специалистов данных служб находится представление о депривационных феноменах как причинах и следствиях нарушенного развития. Предупреждение и снижение степени выраженности различных видов депривации формирует основные направления работы служб комплексной помощи людям с отклонениями в развитии.

1.6 Лекция № 6

Интеграция лиц с отклонениями в развитии в общекультурное пространство: психологический аспект

В настоящее время российское общество, по определению Н.Н. Малофеева находится на этапе перехода от изоляции (сегрегации) людей с особыми нуждами к к интеграции в общество.

Права лиц с психическими и физическими недостатками являются предметом пристального внимания со стороны международного сообщества и отражены в документах ООН, таких, как Всеобщая декларация прав человека, Декларация о правах умственно отсталых лиц, Конвенция о правах ребенка, Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов.

В соответствии с принципами и целями, зафиксированными в уставе ООН и Всеобщей декларацией прав человека, люди, имеющие инвалидность, могут не только осуществлять весь комплекс гражданских, политических, экономических, социальных, культурных прав, но и пользоваться правом делать это на равных условиях с другими людьми.

Все это создает базу для интеграции людей различного возраста с особыми нуждами в общество.

Понятие интеграции многоаспектно. Так, интеграция в общество инвалидов в широком смысле этого слова представляет собой цель системы социальной защиты. Сделать так, чтобы инвалид в реальных условиях, в реальном взаимодействии с обычными людьми испытывал ощущение социально-психологического благополучия, чтобы «качество жизни» инвалида, во всей совокупности составляющих было бы сопоставимо с качеством жизни людей, не имеющих ограничений в жизнедеятельности, составляет стратегическую цель всего комплекса ре- и абилитационных мероприятий.

Интеграция детей и подростков с особыми нуждами в системе образования рассматривается не как самоцель, а как средство достижения социальной и трудовой интеграции, обеспечивающей включение в жизнь общества.

Интеграция, по мнению Я. Есенски, обладает рядом параметров:

1. Она не зависит от того, можно ли устранить дефект.
2. Она зависит от устранимости дефективности (аномальности).
3. Она отличается динамическим характером, то есть не находится постоянно «на вершине», но – напротив- ей постоянно угорожает регрессия.
4. Интеграции можно добиться, как правило, лишь при условии взаимодействия специальных реабилитационных, воспитательно-образовательных, эргономических мер.
5. Она предполагает высокую степень развития способностей личности к самореабилитации, самовоспитанию и самореализации.
6. Она зависит от адаптированности материально-технических условий существования аномальных детей, подростков и взрослых.

Организация интегрированного обучения и воспитания «особых» детей в учреждениях образования требует соблюдения следующих принципов: безопасности, деятельной обусловленности, сопровождения и приоритета субъектности в процессе социальной адаптации.

Соблюдение *принципа безопасности* реализуется путем предварительного изучения и подготовки среды интеграции. Не только «особый» ребенок должен быть готов ко взаимодействию со здоровыми сверстниками, но и здоровые сверстники должны быть обучены навыкам совместной деятельности с детьми, чьи возможности в восприятии окружающего мира, перемещения в пространстве, скорости и качества усвоения поступающей информации значительно отличаются. Педагоги, осуществляющие учебно-воспитательный процесс, должны владеть необходимым объемом знаний об особенностях развития, поведения детей с ограниченными возможностями. Безопасность при реализации этого принципа рассматривается как в плане физического взаимодействия с окружающими людьми и предметами, так и в психологическом аспекте. Практически это означает, что производится обучение таким видам деятельности, которые доступны всем участникам группы по физическим и психическим возможностям, риск травматизации в которых минимален. Важным параметром выбора определенного вида деятельности для проведения интегрированных занятий (собственно учебных занятий или досуговых мероприятий) является возможность распределения взаимодополняющих функций между детьми при выполнении общего задания.

Принцип *деятельностной обусловленности* выражается в том, что освоение навыков совместной деятельности осуществляется в контексте процесса по созданию ценностей предметных и духовных: поделки, навыка, умения, отношения.

Принцип *сопровождения* требует оказания постоянной психологической, педагогической медицинской и социальной помощи всем участникам ре- и абилитационного процесса. Образовательная среда, в соответствии с данным принципом, должна быть максимально расширена во времени и пространстве за счет включения семьи в процесс: активизации родительской позиции в отношении ребенка с ограниченными возможностями, обучения членов семьи навыкам

развивающего взаимодействия, улучшения в глазах родителей прогноза будущего ребенка при адекватном восприятии его возможностей. Принцип сопровождения требует постоянной оптимизации и мобильности самой структуры организуемого в учреждении дополнительного образования реабилитационного процесса.

Реализация принципа *приоритета субъектности* в процессе социальной адаптации выражается в том, что развитие потребностей личности, моделей ее поведения происходит при недирективном влиянии со стороны участников ре- и абилитационного процесса. Специалисты моделируют среду, предоставляя ребенку самостоятельно выстраивать взаимоотношения с окружающими, что в свою очередь требует постепенного, поэтапного расширения круга общения ребенка, учета его индивидуальных особенностей в скорости освоения тех или иных навыков взаимодействия с окружающими

Л.М. Шипицына выделяет различные виды интеграции: интернальную и экстернальную, полную и частичную.

Таким образом, интеграция детей и взрослых с особыми нуждами представляет собой актуальный этап в развитии современного общества. Реализация всех принципов, целей и задач интеграции возможно лишь при комплексном подходе. Клинический психолог и по направленности, и по характеру своей работы оказывается одним из наиболее важных звеньев в организации интеграционного процесса.

В последнее время все чаще речь идет о таком понятии, как инклюзивное образование. По ряду объективных причин совместное обучение «особых» детей и детей с нормальным онтогенезом становится частью общеобразовательной практики. В связи с этим возникают проблемы взаимодействия педагогов с особыми детьми, детей между собой, отношения родителей к детям, особенности организации данного общения, проблемы методической организации уроков и так далее.

2 Практические занятия

Таблица 2 - Учебно-тематический план практических занятий

Тема	Кол-во часов
1 История становления специальной психологии и отдельных ее отраслей	2
2 Параметры, виды, типы дизонтогенеза	2
3 Структура нарушенного развития и механизмы формирования системных отклонений	2
4 Сенсорные дефекты: структура дефекта, модально-специфические закономерности развития в условиях данных нарушений	2
5 Дети с интеллектуальными и речевыми нарушениями: структура дефекта и модально-специфические закономерности развития в условиях данных нарушений	2
6 Структура дефекта, особенности развития и психология лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата	2
7 Нарушения эмоционально-волевой сферы. Модально-специфические и модально-неспецифические закономерности, структура дефекта	2
8 Классификации нарушений психического развития. Сравнительный анализ	2
9 Возрастное развитие в условиях дефекта. Критерии и параметры возрастного развития. Коллоквиум.	2
10 Направления и методы корректирующего и восстанавливающего обучения	2
11 Ранняя помощь детям с отклонениями в развитии. Коллоквиум	2
12 Проблемы психологической диагностики детей с отклонениями в развитии	2
13 Актуальные проблемы интеграции детей с отклонениями в развитии и взрослых инвалидов в социокультурную среду. Коллоквиум	2
ИТОГО	26

2.1 Практическое занятие № 1

История становления специальной психологии

Цель: формирование представлений о специальной психологии как отрасли психологических знаний, тесно взаимосвязанной с другими областями науки, как живой, развивающейся науки.

Значение темы: развитие и расширение представлений о системе психологических знаний.

Вопросы для подготовки к практическому занятию.

1. Эволюция отношения к людям с ограниченными возможностями.
2. Становление специальной психологии в контексте развития системы специального образования.
3. Специальная психология и общепсихологические парадигмы.
4. Специальная психология и возрастная психология.
5. Специальная психология и педагогическая психология.
6. Специальная психология и отрасли медицинского знания.
7. Представления о системном кризисе в специальной психологии и тенденции его преодоления.
8. Роль Л.С. Выготского в становлении специальной психологии.

Темы для подготовки рефератов.

1. Теория и практика: специальная психология и коррекционная педагогика.
2. Сущность системного кризиса в специальной психологии.
3. Вершинная психология Л.С. Выготского. Ее роль в становлении специальной психологии.
4. Современная система специального образования в России.
5. Сравнительный анализ систем специального образования в России и в странах Западной Европы.

6. Школа – клиника В.П. Кащенко.

Литература:

1. Завражин, С.А. Фортова Л.К. Адаптация детей с ограниченными возможностями: учебное пособие для студентов педагогических учебных заведений. – М.: Академический проект: Трикста, 2005. – 400 с. («Gaudeamus») ISBN 5-8291-0637 –х (Академический проект), ISBN 5-902358-66-3 (Трикста)
2. Кащенко, В.П. Педагогическая коррекция: Испр. Недостатков характера у детей и подростков: Кн. для учителя. – 2-е изд. – М.: Просвещение, 1994. – 223 с. ISBN 5-09-0063330-3
3. Комплексная реабилитация инвалидов: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Т.В. Зозуля, Е.Г. Свистунова, Е.В. Чешихина [и др.]; под ред. Т.В. Зозули. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 304 с. ISBN 5-7695-2085-X
4. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка — СПб.: ПРАЙМ_ЕВРОЗНАК, 2003. — 384 с. (Проект «Психологическая энциклопедия») ISBN 5-93878-081-0 ISBN 0-534-55417-2 (англ.)
5. Обучение детей с проблемами в развитии в разных странах мира: хрестоматия / сост. Л.М. Шипицына. – СПб., : [б.и.], 1997. – 256 с. ISBN 5-8290-0125-X
6. Пожар, Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология. – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. – 128 с. ISBN 5-87224-075-9
7. Хрестоматия. Обучение и воспитание детей «группы риска»: учебное пособие для педагогов классов коррекционно-развивающего обучения / сост. В.М. Астапов, Ю.В. Микадзе. – М.: Институт практической психологии, 1996. – 226 с. ISBN 5-89112-004-6
8. Шаповал, И.А. Специальная психология: учеб. пособие / И.А. Шаповал. - М. : Сфера, 2005. - 224 с. - (Учебное пособие). - Библиогр. в конце глав. - ISBN 5-89144-556-5

2.2 Практическое занятие № 2

Параметры, виды, типы дизонтогенеза

Цель: формирование представлений о видах и типах дизонтогенеза, развитие умений идентифицировать то или иное нарушение в соответствии с видами дизонтогенеза.

Значение: материал, предлагаемый для усвоения в рамках данного практического занятия является первым концентром настоящей программы в усвоении классификаций предметного содержания специальной психологии.

Вопросы для подготовки к занятию:

1. Дизонтогенез. Характеристика понятия.
2. Причины отклонений в развитии.
3. Общее стойкое недоразвитие.
4. Задержанное развитие.
5. Поврежденное развитие.
6. Дефицитарное развитие.
7. Дисгармоническое развитие.

Темы для подготовки рефератов

1. Причины отклонений в развитии.
2. Условия возникновения нарушений в развитии при воздействии на развивающийся организм экзогенных вредностей.
3. Экологический аспект возникновения нарушений в развитии.

Литература

1. Сорокин, В.М. Специальная психология: Учеб. пособие / Под научн. Ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: «Речь». 2003. – 216 с. ISBN 5-9268-0214-8

2. Специальная психология: учеб. пособие для студентов дефектолог. фак. пед. вузов / под ред. В.И. Лубовского.- 3-е изд. стер. - М. : Академия, 2006. - 464 с. - (Высшее профессиональное образование). - ISBN 5-7695-2602-5.
3. Усанова, О. Н. Специальная психология: учеб. пособие для вузов / О.Н. Усанова. - СПб.: Питер, 2006. - 400 с. ил. - (Учебное пособие). - Библиогр.: с. 391-395. – ISBN 5-469-00669-7
4. Щербакова, Ю. В. Специальная психология: учеб. пособие / Ю.В. Щербакова. - М.: РИОР, 2006. - 80 с. - ISBN 5-9557-0294-6.

2.3 Практическое занятие № 3

Структура нарушенного развития и механизмы формирования системных отклонений

Цель: закрепление представлений об основных закономерностях формирования системных отклонений.

Значение: материал, предложенный к усвоению в рамках данного практического занятия, является базисныМ для решения теоретических и прикладных задач в рамках специальной психологии.

Вопросы для подготовки к занятию

1. Структура дефекта.
2. Хроногенность, гетерохронность и вектральность как закономерности формирования системных отклонений.
3. Зона ближайшего и зона актуального развития.
4. Возрастное, функциональное и актуальное развитие.
5. Роль общения в психическом развитии ребенка.
6. Последствия нарушения в сфере общения для процесса психического развития.

7. Связь нарушений в формировании разных форм деятельности и характер психического развития ребенка.

Темы для подготовки рефератов

1. Общение как условие и фактор развития ребенка.
2. Депривация. Депривационный синдром. Иррегулярное развитие: оправданность введения новой терминологии.
3. Закономерности формирования системных отклонений.
4. Особенности формирования системных отклонений при множественных нарушениях.
5. Условия формирования нарушений в развитии у детей часто и длительно болеющих.

Литература

1. Выготский, Л.С. Психология развития человека. – Изд-во Смысл; Изд-во Эксмо, 2004. – 1136 с. (Серия «Библиотека всемирной психологии»). ISBN 5-699-02553-7.

2. Дети с отклонениями в развитии: методич. пособие / автор – составитель Н.Д. Шматко – М.: «АКВАРИУМ ЛТД», 2001. – 128 с. ISBN 5-85684-559-5

3. Дубровинская, Н.В.Фабер Д.А., Безруких М.М. Психофизиология ребенка: Психофизиологические основы детской валеологии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000. – 144 с. ISBN 5-691-00459-X

4. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с. ISBN 5-7695-1947-9

5. Потапчук, А.А. Диагностика развития ребенка. – СПб.: Речь, 2007. – 154 с. ISBN 5-9268-0635-6.

6. Семаго, Н.Я., Семаго, М.М. Теория и практика оценки развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. – СПб: Речь, 2005. 384 с. ISBN 5-9268-0341-1

7. Сорокин, В.М. Специальная психология: Учеб. пособие / Под научн. Ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: «Речь». 2003. – 216 с. ISBN 5-9268-0214-8

2.4 Практическое занятие № 4

Сенсорные дефекты: структура дефекта, модально-специфические закономерности развития в условиях данных нарушений

Цель: формирование представлений о дефицитарном развитии.

Значение: изучение особенностей развития, воспитания и обучения детей с нарушениями слуха и зрения является необходимым условиям получения предметных знаний, наполнения конкретным содержанием усвоенных ранее теоретических положений.

Вопросы для подготовки к занятию.

1. Этиология слепоты и слабовидения.
2. Клинические формы нарушения зрения.
3. Критерии разграничения слепоты и слабовидения.
4. Структура дефекта при слепоте.
5. Структура дефекта при слабовидении.
6. Принципы абилитации детей с нарушением зрения.
7. Этиология глухоты и тугоухости.
8. Классификация нарушений слуха Л.В. Неймана.
9. Классификация нарушений слуха Р.М. Боскис.
10. Структура дефекта при глухоте.
11. Структура дефекта при тугоухости.
12. Различные подходы в ре- и абилитации людей с нарушением слуха.

Темы для подготовки рефератов:

1. Клинические и педагогические классификации нарушений слуха.

2. Классификации нарушений зрения.
3. Ре- и абилитация взрослых и детей с нарушением слуха: общее и специфическое.
4. Ре- и абилитация взрослых и детей с нарушением зрения: общее и специфическое.
5. Функциональный диагноз как форма взаимодействия образовательных и лечебных учреждений в организации помощи детям с дефицитарным развитием.
6. Кохлеарная имплантация. Психологические аспекты .

Литература

1. Богданова, Т.Г. Сурдопсихология: учеб пособие. / Т.Г. Богданова – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 224 с. ISBN - 5-7695-0874-4
2. Вайзман, Н.П. Психомоторика умственно отсталых детей./ Н.П. Вайзман – М.: Аграф, 1997. – 128 с. ISBN 5-7784-0025-X
3. Литвак, А.Г. Психология слепых и слабовидящих. / А.Г. Литвак - М.: КАРО, 2006 – 336 с. ISBN: 5-89815-675.
4. Зайцева, Г.Л. Дактилология. Жестовая речь: учеб. пособие для студентов дефектолог. фак. пед. ин-тов. – М.: Просвещение, 1991. – 159 с. ISBN 5-09-002642-4
5. Калягин, В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учебн. заведений / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – 2-е изд., исп. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 320 с. ISBN 978-5-7695-3668-7
6. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с. ISBN 5-7695-1947-9
7. Шипицына, Л.М. Ребенок с нарушенным слухом в семье и обществе. / Л.М. Шипицына – СПб.: Речь, 2009. – 203 с. ISBN 978-5-9268-0779-4

2.5 Практическое занятие № 5

Дети с интеллектуальными и речевыми нарушениями: структура дефекта и модально-специфические закономерности развития в условиях данных нарушений

Цель: формирование представлений о развитии ребенка по типу общего стойкого недоразвития, задержанного и поврежденного развития, развитие навыков дифференциации общего и специфического в развитии детей с данными формами дизонтогенеза.

Значение: наполнение предметным содержанием усвоенных ранее теоретических понятий, формирование представлений о диагностически значимых критериях в патогенезе каждого из рассматриваемых видов дизонтогенеза.

Вопросы для подготовки к занятию

1. Представления Э. Сегена, Л.С. Выготского, С.Я. Рубинштейн, М.С. Певзнер о ядерном дефекте при умственной отсталости.
2. Клиническая классификация олигофрений Г.Е. Сухаревой.
3. Олигофрения и умственная отсталость: соотношение понятий.
4. Дифференциальные признаки задержки психического развития и умственной отсталости.
5. Задержка психического развития. Четыре основные группы.
6. Общая структура дефекта при ЗПР.
7. Многообразие нарушений устной и письменной речи у детей.
8. Причины возникновения нарушений речи у взрослых.
9. Дефекты речи: вторичное отклонение или ядерный дефект?

Темы для подготовки рефератов:

1. Дефекты речи: системное отклонение или ядерный дефект. Дифференциальные диагностические признаки.

2. Нарушения письменной речи.
3. Психологические механизмы нарушения чтения и письма.
4. Концепция «минимальной мозговой дисфункции» в диагностике и коррекции нарушений чтения и письма.
5. Концепция «задержки психического развития» в диагностике и коррекции нарушений чтения и письма.
6. Диагностические признаки умственной отсталости.
7. Диагностические признаки ЗПР.
8. Дифференциально-диагностические признаки ЗПР и умственной отсталости.

Литература

1. Акимова, М.К. Психологическая коррекция умственного развития школьников: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. / М.К. Акимова, В.Т. Козлова – 2-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 160 с. ISBN 5-7695-1199-0
2. Вайзман, Н.П. Психомоторика умственно отсталых детей. / Н.П. Вайзман – М.: Аграф, 1997. – 128 с. ISBN 5-7784-0025-X.
3. Выготский, Л.С. Психология развития человека. – Изд-во Смысл; Изд-во Эксмо, 2004. – 1136 с. (Серия «Библиотека всемирной психологии»). ISBN 5-699-02553-7
4. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика: Учебник для студентов педагогических вузов. – М.: Гуманит. Изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 208 с. ISBN 5-691-00178-7
5. Максимова, Н.Ю., Милютина, Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии: Учебное пособие. – Ростов н/Д.: Феникс, 2000. – 576 с. (Учебники «Феникс»). ISBN 5-222-00874-6
6. Маллаев, Д.М. Психология общения т поведения умственно отсталого школьника. / Д.М. Маллаев, П.О. Омарова, О.А. Бажукова – СПб.: Речь, 2009. – 160 с. ISBN 978-5-9268-0782-4

2.6 Практическое занятие № 6

Структура дефекта, особенности развития и психология лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Цель: формирование представлений об особенностях развития детей с нарушением опорно-двигательного аппарата, развитие навыков непосредственного, профессионального общения с детьми с различными формами детского церебрального паралича.

Значение: закрепление, актуализация навыков профессионального общения, приобретенных ранее.

Занятие проходит на базе лечебного учреждения.

Вопросы для подготовки к занятию

1. Специфика формирования первичных и вторичных отклонений при нарушениях опорно-двигательного аппарата.
2. Классификация форм ДЦП.: спастическая диплегия, двойная диплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая и атонически-астатическая формы.
3. Проблемы семей, воспитывающих детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.
4. ДЦП как компонент множественного нарушения.
5. Цели и задачи психолога в работе с детьми, имеющими отклонения в развитии.

В качестве результата данного занятия предполагается отчет-наблюдение, который сдает каждый студент. Отчет выполняется в свободной форме. Обязательно должны быть освещены следующие пункты:

1. Общие данные о детях, знакомство с которыми произошло в рамках посещения.

2. Описание особенностей поведения, общения этих детей.
3. Идентификация типа нарушенного развития.
4. Описание предполагаемых методов коррекционной работы психолога с детьми.

Темы для подготовки рефератов:

1. Характеристика общения детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.
2. Кондуктивная педагогика: традиции и инновации.
3. Системы социальной реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
4. Социально-психологические проблемы взрослых инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
5. Доречевой период в развитии детей с ДЦП.
6. Речевое развитие детей с ДЦП.
7. Проблемы семьи, воспитывающей ребенка с ДЦП.

Литература

1. Качесов, В.А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП. – Элби – СПб, С. – Петербург. – 2005. 112 с. ISBN 5-93979-087-9
2. Шипицына, Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2004. 368 с. (Коррекционная педагогика). ISBN 5-691-01095-6
3. Специальная психология: учеб. пособие для студентов дефектолог. фак. пед. вузов / под ред. В. И. Лубовского.- 3-е изд. стер. - М. : Академия, 2006. - 464 с. - (Высшее профессиональное образование). - ISBN 5-7695-2602-5

4. Психология аномального развития ребенка: хрестоматия в 2 т. / под ред. В.В. Лебединского и М.К. Бардышевской. – Т. II – М.: ЧеРо: Высш. шк.: Изд-во МГУ, 2002. – 818 с. ISBN 5-88711-153-4

2.7 Практическое занятие № 7

Нарушения эмоционально-волевой сферы. Модально-специфические и модально-неспецифические закономерности, структура дефекта

Цель: формирование представлений о структуре дефекта при нарушениях эмоционально-волевой сферы, закрепление навыков соотнесения нозологических единиц с вилами и типами дизотогенеза.

Значение: обобщение сведений, полученных в рамках смежных курсов о данных нарушениях и развитие навыка целеобразования в психокоррекционной работе.

Вопросы для подготовки к занятию

1. Синдром раннего детского аутизма. История становления термина.
2. Основные симптомы РДА.
3. Причины развития раннего детского аутизма.
4. Обучение и сопровождение детей, страдающих ранним детским аутизмом.
5. Социальная дезориентация. Анализ и пути помощи.
6. Негативное самопредъявление. Общая характеристика и основные направление психокоррекционной работы.
7. Семейная изоляция. Характеристика. Роль психолога в системе сопровождения.
8. Уход от деятельности. Психологический анализ явления.
9. Хроническая неуспешность. Психологический анализ явления.
10. Вербализм. Анализ явления. Пути психокоррекционной работы.

Темы для подготовки рефератов:

1. Общая классификация причин поведенческих нарушений.
2. Психологические механизмы формирования поведенческих нарушений.
3. Сравнительный анализ подходов в классификации поведенческих нарушений в клинической, педагогической и специальной психологии.

Литература

1. Аппе, Франческа. Введение в психологическую теорию аутизма / Франческа Аппе; [пер. с англ. Д.В. Ермолаева]. – Москва: Теревинф, 2006. – 216 с. ISBN 5-901599-52-7
2. Дети с отклонениями в развитии: методич. пособие / автор – составитель Н.Д. Шматко – М.: «АКВАРИУМ ЛТД», 2001. – 128 с. ISBN 5-85684-559-5
3. Никольская, О.С. Аутичный ребенок: пути помощи. / О.С. Никольская., Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг М.М. - 3-е изд, стер. – М.: Теревинф, 2005. – 288 с. ISBN: 5-901599-16-0
4. Спиваковская, А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. Том 1. – ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2000. – 304 с. (Серия «Психология - XXI век») ISBN 5-04-003915-8

2.8 Практическое занятие № 8

Классификации нарушений психического развития. Сравнительный анализ

Цель: формирование представлений о принципах и видах существующих классификаций нарушенного развития, закрепление знаний о классификациях В.В. Ковалева и В.В. Лебединского.

Значение темы: развитие мыслительных операций анализа и систематизации на теоретическом материале, развитие навыков соотнесения теоретических и эмпирических данных.

Вопросы для подготовки к практическому занятию.

1. Чем объясняется многообразие форм отклонений в развитии?
2. В чем состоит отличие теоретических и эмпирических классификаций?
3. Каковы основные принципы классификаций разных форм отклонений в развитии?
4. В чем достоинства и недостатки классификации В.В. Лебединского?
5. Чем определяются возможности создания новых классификаций?

Практическое занятие проходит в форме организованной совместной деятельности по созданию таблицы сравнения существующих классификаций нарушенного развития. Занятие включает в себя три этапа.

Этап первый посвящен анализу изученного в ходе самостоятельной подготовки к занятию материала.

Этап второй предполагает создание критериев, которые составят основу таблицы сравнения.

Этап третий – заполнение составленной таблицы.

Темы для подготовки рефератов:

1. Теоретические и эмпирические классификации: сравнительный анализ.
2. Классификация отклонений в развитии Н.Я. Семаго и М.М. Семаго. Путь создания и анализ прикладного значения.
3. Педагогические классификации нарушенного развития.
4. Классификации нарушений слуха.
5. Классификации детей с нарушением зрения.
6. Классификация нарушенного развития Г.Е. Сухаревой.

Литература:

1. Кисова, В.В. Практикум по специальной психологии. / В.В. Кисова, И.А. Конева – СПб.: Речь, 2006. – 352 с. ISBN – 5-9268-0506-6

2. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. / В.В. Лебединский – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с. ISBN 5-7695-1947-9
3. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей в соответствии с МКБ – 10: учеб. пособие / [науч. ред. русского текста А.М. Моховикова; пер. с англ. О.Ю. Донца]. – 2-е изд., испр. – М.: Смысл, Издательский центр «Академия», 2008. – 408 с. ISBN 978-5-89357-223-0 (Смысл), ISBN 978-5-7695-3845-5 (Изд. центр «Академия»)
4. Мэш, Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф — СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2003. — 384 с. (Проект «Психологическая энциклопедия») ISBN 5-93878-081-0 ISBN 0-534-55417-2 (англ.)
5. Сорокин, В.М. Специальная психология: Учеб. пособие / Под научн. Ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: «Речь». 2003. – 216 с. ISBN 5-9268-0214-8

2.9 Практическое занятие № 9

Возрастное развитие в условиях дефекта. Критерии и параметры возрастного развития

Цель: обобщение знаний о закономерностях возрастного развития в норме и патологии.

Значение: актуализация представлений о возрасте как явлении биопсихосоциальном, закрепление знаний об основных принципах деятельности психолога.

Вопросы для подготовки к занятию

1. Психическое развитие. Характеристика понятия.
2. Возраст. Подходы к определению возрастной нормы.
3. Источники и закономерности психического развития.
4. Понятие нормы и отклонений в развитии:
5. Норма как общераспространенное и адаптивное
6. Идеальная норма
7. Индивидуальная норма
8. Эволюция понятий нормы и отклонений в развитии человека.

Темы для подготовки рефератов

1. Возраст как психологическая категория.
2. Хронологический и психологический возраст в условиях нарушенного развития.
3. Социальная ситуация развития как критерий возрастного развития. Реализация в условиях нарушенного развития.
4. Онтогенетический подход к коррекции психического развития.
5. Возрастные нормы как диагностические критерии.
6. Статичность и динамика возрастной нормы.

Литература

1. Кисова, В.В. Практикум по специальной психологии. / В.В. Кисова, И.А. Конева – СПб.: Речь, 2006. – 352 с. ISBN – 5-9268-0506-6

2. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. / В.В. Лебединский – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с. ISBN 5-7695-1947-9

3. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей в соответствии с МКБ – 10: учеб. пособие / [науч. ред. Русского текста А.М.

Моховикова; пер. с англ. О.Ю. Донца]. – 2-е изд., испр. – М.: Смысл, Издательский центр «Академия», 2008. – 408 с. ISBN 978-5-89357-223-0 (Смысл), ISBN 978-5-7695-3845-5 (Изд. центр «Академия»)

4. Мэш, Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф — СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2003. — 384 с. (Проект «Психологическая энциклопедия») ISBN 5-93878-081-0 ISBN 0-534-55417-2 (англ.)

5. Сорокин, В.М. Специальная психология: Учеб. пособие / Под научн. Ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: «Речь». 2003. – 216 с. ISBN 5-9268-0214-8

2.10 Практическое занятие № 10

Направления и методы коррекционного и восстанавливающего обучения

Цель: формирование представлений об основных принципах и направлениях коррекционной работы, взаимодействии в рамках коррекционной работы собственно лечебных и собственно педагогических мероприятий.

Значение: усвоение материала данного занятия предполагает, что студент приобретает навык целеобразования и целеполагания при организации коррекционной работы.

Вопросы для подготовки к занятию

1. Структурно-уровневая организация компенсаторных процессов.
2. Понятие о декомпенсации, гиперкомпенсации, псевдокомпенсации.
3. Адаптационные и компенсаторные процессы.
4. Понятие ре- и абилитации.
5. Формы и направления реабилитационных мероприятий.
6. Особенности абилитации лиц с отклонениями в развитии.
7. Взрослый человек с интеллектуальным недоразвитием. Социально-правовой статус и общее представление о направлениях реабилитационной работы.

8. Особенности ре- и абилитации лиц с нарушением слуха.
9. Особенности ре- и абилитации людей с нарушением зрительного анализатора.
10. Дети с речевым недоразвитием: направления и организация реабилитационной работы.
11. Социально-бытовая реабилитация людей с нарушением опорно-двигательного аппарата.
12. Коррекционная работа с детьми со сложными и множественными нарушениями.

Темы для подготовки рефератов

1. Коррекция, компенсация и декомпенсация. Соотношение понятий.
2. Социально-бытовая реабилитация: основные направления в зависимости от вида дизонтогенеза.
3. Система социально-бытовой реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
4. Современная система специального образования в России.
5. Специальное образование в странах Западной Европы.
6. Альтернативные системы обучения детей с проблемами в развитии: вальфдорская педагогика.
7. Альтернативные системы обучения детей с проблемами в развитии: система М. Монтессори.
8. Специальное образование в Соединенных Штатах Америки.
9. Изменение в сфере целеобразования коорекционной работы в зависимости от тяжести дефекта.

Литература:

1. Вейс Т. Как помочь ребенку? (опыт лечебной педагогики в Кэмпхилл - общинах) / Пер. с нем. С. Зубриловой – М.: Московский центр вальдорфской педагогики, 1992. – 168 с. ISBN 5-85251-001-7

2. Качесов, В.А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП. – Элби – СПб, С. – Петербург. – 2005. 112 с. ISBN 5-93979-087-9
3. Кащенко, В.П. Педагогическая коррекция: Испр. Недостатков характера у детей и подростков: Кн. для учителя. – 2-е изд. – М.: Просвещение, 1994. – 223 с. ISBN 5-09-0063330-3
4. Комплексная реабилитация инвалидов: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Т.В. Зозуля [и др.]; под ред. Т.В. Зозули. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 304 с. ISBN 5-7695-2085-X
5. Коновалова, Н.Л. Предупреждение нарушений в развитии личности при психологическом сопровождении школьников. – СПб.: Изд-во С.- Петерб. ун-та. 2000. – 232 с. ISBN 5-288-02417-0
6. Потапчук, А.А. Диагностика развития ребенка. – СПб.: Речь, 2007. – 154 с. ISBN 5-9268-0635-6

2.11 Практическое занятие № 11

Ранняя помощь детям с отклонениями в развитии

Цель: обобщение материала об особенностях диагностики и психокоррекционной работы с детьми раннего возраста, расширение представлений о месте и роли практического психолога в процессе комплексного сопровождения.

Значение темы: интеграция знаний, полученных в рамках курсов общей, возрастной, клинической психологии, общей психодиагностики и экспериментальной психологии.

Занятие проходит в форме коллоквиума.

Вопросы для подготовки к занятию

1. Закономерности развития вторичных отклонений и время начала коррекционного обучения как факторы вторичной профилактики.
2. Трудности семьи, воспитывающей «особого» ребенка.

3. Методы раннего выявления детей с отклонениями в развитии.
4. Организационные аспекты проектируемой системы ранней помощи детям с отклонениями в развитии.

Темы для подготовки рефератов

1. Методы раннего выявления детей с отклонениями в развитии.
2. Роль возраста в развитии вторичных отклонений.
3. Проекты организации ранней помощи детям с отклонениями в развитии.
4. Психологический анализ проблем взаимоотношений в семье, воспитывающей «особого» ребенка.

Литература

1. Борякова, Н.Ю, Соболева А.В., Ткачева В.В. Практикум по развитию мыслительной деятельности дошкольников: Учебно-методическое пособие для логопедов, воспитателей и родителей. / Под ред. Проф. Т.Б. Филичевой. – М. «Гном - Пресс», 1999. – 64 с. (В помощь логопеду). ISBN 5-89334-097-3

2. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика: Учебник для студентов педагогических вузов. – М.: Гуманит. Изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 208 с. ISBN 5-691-00178-7

3. Кисова, В.В., Конева, И.А. Практикум по специальной психологии. – СПб.: Речь, 2006. – 352 с. ISBN – 5-9268-0506-6

4. Лопатина, Л.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами: Учебное пособие / Под ред. Е.А. Логиновой. – СПб.: Издательство «Союз», 2005. – 192 с. (Коррекционная педагогика) ISBN 5-94033-041-X

5. Пилюгина, Э.Г. Сенсорные способности малыша: Игры на развитие восприятия цвета, формы и величины у детей раннего возраста: Кн. Для воспит. Дет. Сада и родителей. – М.: Просвещение: АО «Учеб. лит.», 1996. – 112 с. ISBN 5-09-004637-9

2.12 Практическое занятие №12

Проблемы психологической диагностики детей с отклонениями в развитии

Цель: формирование представлений о целях, задачах диагностической работы с детьми и взрослыми с особыми нуждами, выявление диагностически значимых критериев социального и психологического развития и адаптации.

Значение: закрепление и развитие представлений о месте и роли диагностики как одного из видов профессиональной деятельности психолога, обучение навыкам проведения диагностических процедур с «особыми» детьми.

Занятие проходит на базе лечебного учреждения (или учреждения образования).

Вопросы для подготовки к занятию

1. Диагностические критерии нарушенного развития.
2. Онтогенетический и клинический подходы в диагностике.
3. Понятие функционального диагноза для выявления диагностических критериев нарушенного развития.
4. Возрастной аспект диагностики.
5. Диагностический обучающий эксперимент А.Э. Ивановой. Проведение и особенности интерпретации.
6. Психологическое обследование младших школьников. Вопросы организации и соблюдения основных требований к методикам.

Темы для подготовки рефератов

1. Состояние и динамика высших психических функций как диагностический критерий.
2. Цели и задачи диагностической работы с детьми с отклонениями в развитии.

3. Цели и задачи диагностической работы со взрослыми людьми с ограничениями жизнедеятельности.
4. Возрастная норма в диагностике отклоняющегося развития.

Литература

1. Отбор детей во вспомогательные школы. – М., «Просвещение», 1971. – 95 с.

2. Потапчук, А.А. Диагностика развития ребенка. / А.А. Потапчук. – СПб.: Речь, 2007. – 154 с. ISBN 5-9268-0635-6

3. Семаго, Н.Я., Семаго, М.М. Теория и практика оценки развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – СПб: Речь, 2005. 384 с. ISBN 5-9268-0341-1

2.13 Практическое занятие № 13

Актуальные проблемы интеграции детей с отклонениями в развитии и взрослых инвалидов в социокультурную среду

Цель: формирование представлений о проблемах, связанных с образовательной и социальной интеграцией людей с особыми нуждами, закрепление знаний о социализации и ее особенностях в соответствии с возрастом.

Значение: предлагаемый к усвоению материал позволяет студенту составить представление о стратегических целях работы психолога с людьми с особыми нуждами, дифференцировать цели психокоррекционной работы в соответствии с возрастом пациента, степенью и качеством дефекта, заболевания, являющегося причиной ограничения жизнедеятельности.

Занятие проходит в форме коллоквиума.

Вопросы для подготовки к занятию.

1. Интеграция как ведущая прикладная задача специальной психологии.
2. Аттитьюды общества в отношении детей с отклонениями в развитии.

3. Ре- и абилитационные службы и учреждения. Взаимодействие лечебных и образовательных учреждений.
4. Особенности ре- и абилитации взрослых людей с особыми нуждами и детей с проблемами в развитии.
5. Роль ПМПК в организации комплексного реабилитационного процесса «особых детей».
6. Интеграционные процессы в системе специального образования.
7. Роль психолога в становлении и развитии интеграции детей с отклонениями в развитии в социокультурное пространство.

Темы для подготовки рефератов

1. Развитие специального образования в массовых школах. Российский и зарубежный опыт.
2. Ограничения для интеграции «особого» ребенка в образовательную среду массового учебного заведения.
3. Виды и типы интеграция.
4. «Особый» ребенок в лечебном учреждении.
5. Организационные аспекты взаимодействия учреждений здравоохранения, образования и социальной защиты с целью обеспечения процессов социокультурной интеграции детей с отклонениями в развитии.
6. Организационные аспекты взаимодействия учреждений здравоохранения, образования и социальной защиты с целью обеспечения процессов социокультурной интеграции взрослых людей с особыми нуждами.
7. Интеграция: понятие с множеством значений.

Литература

1. Егорова Т.В**.** Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями: Учеб. пособие. — Балашов: Изд-во "Николаев", 2002. — 80 с. ISBN 5-94035-054-2

2. Психолого-медико-педагогическая консультация: методические рекомендации / науч. ред. Л.М. Шипицына. – 2-е изд., доп. – СПб.: «ДЕТСТВО - ПРЕСС», 2002. – с. 352. ISBN 5-89814-110-3
3. Шипицына, Л,М. «Необучаемый» ребенок в семье и в обществе. Социализация детей с нарушениями интеллекта. – СПб.: Изд-во «Дидактика Плюс», 2002. – 496 с. ISBN 5-89239-032-2

3 Рекомендуемая литература

3.1 Основная литература

1. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., испр. – М., Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с. ISBN 5-7695-1947-9.
2. Маллаев, Д.М. Психология общения и поведения умственно отсталого школьника. / Д.М. Маллаев , П.О. Омарова, О.А. Бажукова – СПб.: Речь, 2009. – 160 с. ISBN 978-5-9268-0782-4
3. Епифанцева, Т.Б. Настольная книга педагога – дефектолога / Т.Б. Епифанцева, Т.Е. Кисленко, И.А. Могилева [и др.] .Серия «Сердце отдаю детям» - Ростов н/Д: «Феникс», 2005. – 576 с. ISBN 5-222-06020-9
4. Кисова, В.В, Конева, И.А. Практикум по специальной психологии. – СПб.: Речь, 2006. – 352 с. ISBN 5-9268-0506-6.
5. Сорокин, В.М. Специальная психология: Учеб. пособие / под научн. ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: «Речь», 2003. – 216 с. ISBN 5-9268-0214-8
6. Специальная дошкольная педагогика: учебное пособие / Е.А. Стребелева, А.Л. Венгер, Е.А. Екжанова [и др.]; под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 312 с. ISBN 5-7695-0558-3.
7. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева [и др.]; под ред.

В.И. Лубовского. – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 464 с. ISBN 5-7695-0550-8.
8. Трофимова, Н.М., Дуванова, С.П., Трофимова, Н.Б., Пушкина, Т.Ф. Основы специальной педагогики и психологии. / Н.М. Трофимова, С.П. Дуванова, Н.Б. Трофимова – СПб.: Питер, 2006. – 304 с.: ил. – (Серия «Учебное пособие»). ISBN 5-469-00748-0
9. Шипицына, Л.М. Ребенок с нарушенным слухом в семье и обществе. / Л.М. Шипицына – СПб.: Речь, 2009. – 203 с. ISBN 978-5-9268-0779-4

3.2 Дополнительная литература

1. Акимова, М.К. Психологическая коррекция умственного развития школьников: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. / М.К. Акимова, В.Т. Козлова – 2-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 160 с. ISBN 5-7695-1199-0
2. Алексеенкова, Е.Г. Личность в условиях психической депривации: Учебное пособие. – СПб.: Питер, 2009. – 96 с. ISBN 978-5-388-00259-4
3. Аппе, Франческа. Введение в психологическую теорию аутизма / Франческа Аппе; [пер. с англ. Д.В. Ермолаева]. – Москва: Теревинф, 2006. – 216 с. ISBN 5-901599-52-7
4. Богданова, Т.Г. Сурдопсихология: учеб пособие. / Т.Г. Богданова – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 224 с. ISBN - 5-7695-0874-4
5. Борякова, Н.Ю, Соболева А.В., Ткачева В.В. Практикум по развитию мыслительной деятельности дошкольников: Учебно-методическое пособие для логопедов, воспитателей и родителей. / Под ред. Проф. Т.Б. Филичевой. – М. «Гном - Пресс», 1999. – 64 с. (В помощь логопеду). ISBN 5-89334-097-3
6. Вайзман, Н.П. Психомоторика умственно отсталых детей. / Н.П. Вайзман – М.: Аграф, 1997. – 128 с. ISBN 5-7784-0025-X

7. Вейс Т. Как помочь ребенку? (опыт лечебной педагогики в Кэмпхилл - общинах) / Пер. с нем. С. Зубриловой – М.: Московский центр вальдорфской педагогики, 1992. – 168 с. ISBN 5-85251-001-7
8. Выготский, Л.С. Психология развития человека. / Л.С. Выготский – Изд-во Смысл; Изд-во Эксмо, 2004. – 1136 с. (Серия «Библиотека всемирной психологии»). ISBN 5-699-02553-7.
9. Гревцева, Е.В. Логопедический тренинг. / Е.В. Гревцева – СПб: СпецЛит, 2002. – 144с. ISBN 5-299-00214-9
10. Дети с отклонениями в развитии: методич. пособие / автор – составитель Н.Д. Шматко – М.: «АКВАРИУМ ЛТД», 2001. – 128 с. ISBN 5-85684-559-5
11. Детская практическая психология: учебник / под ред. проф. Т.Д. Марцинковской. – М.: Гардарики, 2000. – 225 с. ISBN 5-8297-0038-7
12. Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей: Пособие для учителей и специалистов коррекционно-развивающего обучения / Под ред. С.Г. Шевченко. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: АРКТИ, 2004. – 224 с. ISBN 5-89415-205-4
13. Дубровинская, Н.В.Фабер Д.А., Безруких М.М. Психофизиология ребенка: Психофизиологические основы детской валеологии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. / Н.В. Дубровинская, Д.А. Фабер, М.М. Безруких. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000. – 144 с. ISBN 5-691-00459-X
14. Егорова, Т.В**.** Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями: учеб. пособие. / Т.В. Егорова — Балашов: Изд-во "Николаев", 2002. — 80 с. ISBN 5-94035-054-2
15. Заваденко, Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперреактивностью и дефицитом внимания. / Н.Н. Заваденко – М.: Школа – Пресс, 2000. – 112 с. (Лечебная педагогика и психология. Приложение к журналу «Дефектология». Вып. 5) ISBN 5-88527-223-9
16. Завражин, С.А. Фортова Л.К. Адаптация детей с ограниченными возможностями: учебное пособие для студентов педагогических учебных заведений. / С.А. Завражин, Л.К. Фортова – М.: Академический проект:

Трикста, 2005. – 400 с. («Gaudeamus») ISBN 5-8291-0637 –х (Академический проект), ISBN 5-902358-66-3 (Трикста)

17. Зайцева, Г.Л. Дактилология. Жестовая речь: учеб. пособие для студентов дефектолог. фак. пед. ин-тов. / Г.Л. Зайцева – М.: Просвещение, 1991. – 159 с. ISBN 5-09-002642-4
18. Зверева, Н.Ю. Тренинг социальной адаптации для людей с ограниченными возможностями. / Н.Ю. Зверева – СПб.: Речь, 2008. – 176 с. ISBN 5-9268-0671-2.
19. Калягин, В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учебн. Заведений / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – 2-е изд., исп. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 320 с. ISBN 978-5-7695-3668-7
20. Катаева, А.А., Стребелева, Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика: учебник для студентов педагогических вузов. / А.А. Катаева, Е.А. Стребелева – М.: Гуманит. Изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 208 с. ISBN 5-691-00178-7
21. Качесов, В.А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП. / В.А. Качесов – Элби – СПб, С. – Петербург. – 2005. 112 с. ISBN 5-93979-087-9
22. Кащенко, В.П. Педагогическая коррекция: испр. недостатков характера у детей и подростков: кн. для учителя. / В.П. Кащенко – 2-е изд. – М.: Просвещение, 1994. – 223 с. ISBN 5-09-0063330-3
23. Кисова, В.В., Конева, И.А. Практикум по специальной психологии. – СПб.: Речь, 2006. – 352 с. ISBN – 5-9268-0506-6
24. Комплексная реабилитация инвалидов: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Т.В. Зозуля, Е.Г. Свистунова, Е.В. Чешихина и др.; под ред. Т.В. Зозули. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 304 с. ISBN 5-7695-2085-X
25. Коновалова, Н.Л. Предупреждение нарушений в развитии личности при психологическом сопровождении школьников. / Н.Л. Коновалова – СПб.: Изд-во С.- Петерб. ун-та. 2000. – 232 с. ISBN 5-288-02417-0

26. Корнев, А.Н. Нарушения чтения и письма у детей: Учебно-методическое пособие. / А.Н. Корнев – СПб.: ИД «МиМ», 1997. – 286 с. (Серия «Психология детства») ISBN 5-7562-0004-5
27. Коррекция сенсорного и интеллектуального развития младших школьников с нарушением слуха: учебно-методическое пособие / под ред. И.А. Михаленковой. – СПб.: «ДЕТСТВО - ПРЕСС», 2003. – 112 с. ISBN 5-89814-129-4
28. Лалаева, Р.И. Нарушения чтения и пути их коррекции у младших школьников: учеб. пособие. / Р.И. Лалаева – СПб.: СОЮЗ, 1998. – 224 с. ISBN 5-87852-059-1
29. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с. ISBN 5-7695-1947-9
30. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. / И.Ю, Левченко – 2-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 232 с. ISBN 5-7695-2100-7.
31. Логопедия: учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 680 с. ISBN 5-691-00128-0
32. Лопатина, Л.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами: учебное пособие / под ред. Е.А. Логиновой. – СПб.: Издательство «Союз», 2005. – 192 с. (Коррекционная педагогика) ISBN 5-94033-041-X
33. Максимова, Н.Ю., Милютина, Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии: учебное пособие. – Ростов н/Д.: Феникс, 2000. – 576 с. (Учебники «Феникс»). ISBN 5-222-00874-6
34. Малер, А.Р. Социальное обучение и воспитание детей с отклонениями в развитии: практическое пособие. / А.Р. Малер – М.: АРКТИ, 2000. – 124 с. (Метод. биб-ка). ISBN 5-89415-087-6
35. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. / И.И. Мамайчук – СПб.: Речь, 2004. – 400 с. ISBN 5-9268-0166-4

36. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей в соответствии с МКБ – 10: учеб. пособие / [науч. ред. русского текста А.М. Моховикова; пер. с англ. О.Ю. Донца]. – 2-е изд., испр. – М.: Смысл, Издательский центр «Академия», 2008. – 408 с. ISBN 978-5-89357-223-0 (Смысл), ISBN 978-5-7695-3845-5 (Изд. центр «Академия»)
37. Мэш, Э., Вольф, Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка — СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2003. — 384 с. (Проект «Психологическая энциклопедия») ISBN 5-93878-081-0 ISBN 0-534-55417-2 (англ.)
38. Никольская, О.С. Аутичный ребенок: пути помощи. / О.С. Никольская., Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг М.М., 3-е изд, стер. – М.: Теревинф, 2005. – 288 с. ISBN: 5-901599-16-0
39. Обучение детей с проблемами в развитии в разных странах мира: хрестоматия / сост. Л.М. Шипицына. – СПб., 1997. – 256 с. ISBN 5-8290-0125-X
40. Обучение и воспитание детей во вспомогательной школе: пособие для учителей и студентов дефектолог. ф-тов пед. ин-тов / под ред. В.В. Воронковой – М.: Школа Пресс, 1994. – 416 с. ISBN 5-88527-036-8
41. Отбор детей во вспомогательные школы. – М.: «Просвещение», 1971. – 95 с.
42. Переслени, Л.И. Механизмы нарушения восприятия у аномальных детей: Психофизиологическое исследование / Научно-исслед. ин-т. дефектологии Акад. пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1984 . – 160 с.
43. Пилюгина, Э.Г. Сенсорные способности малыша: Игры на развитие восприятия цвета, формы и величины у детей раннего возраста: Кн. Для воспит. дет. сада и родителей. – М.: Просвещение: АО «Учеб. лит.», 1996. – 112 с. ISBN 5-09-004637-9
44. Пожар, Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология. / Л. Пожар – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. – 128 с. ISBN 5-87224-075-9
45. Потапчук, А.А. Диагностика развития ребенка. / А.А. Потапчук – СПб.: Речь, 2007. – 154 с. ISBN 5-9268-0635-6.

46. Психология аномального развития ребенка: хрестоматия в 2 т. / под ред. В.В. Лебединского и М.К. Бардышевской. – Т. II – М.: ЧеРо: Высш. шк.: Изд-во МГУ, 2002. – 818 с. ISBN 5-88711-153-4.
47. Психология детского воровства: учебное посбие. / Л.М. Шипицына - СПб.: Речь, 2007. – 276 с. ISBN 5-9268-0577-5
48. Психолого-медико-педагогическая консультация: методические рекомендации / науч. ред. Л.М. Шипицына. – 2-е изд., доп. – СПб.: «ДЕТСТВО - ПРЕСС», 2002. – с. 352. ISBN 5-89814-110-3
49. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. (Практическое руководство) – М.: Апрель-Пресс, издательство Института психотерапии, 2004. – 224 с. ISBN 5-89939-114-6
50. Селиверстов, В.И. Заикание у детей. / В.И. Селиверстов – М.: ВЛАДОС, 1994. – 200 с. ISBN 5-87065-026-7
51. Семаго, Н.Я., Семаго, М.М. Теория и практика оценки развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. – СПб: Речь, 2005. 384 с. ISBN 5-9268-0341-1
52. Сорокин, В.М., Кокоренко, В.Л. Практикум по специальной психологии: Учебно-метод. пособие. / под научн. ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: Издательство «Речь», 2003. ISBN 5-9268-0213-X
53. Сорокин, В.М. Специальная психология: Учеб. пособие / под научн. ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: «Речь». 2003. – 216 с. ISBN 5-9268-0214-8
54. Специальная дошкольная педагогика: учебное пособие / Е.А. Стребелева, А.Л. Венгер, Е.А. Екжанова [и др].; под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 312 с. ISBN 5-7695-0558-3
55. Специальная психология: учеб. пособие для студентов дефектолог. фак. пед. вузов / под ред. В. И. Лубовского.- 3-е изд. стер. - М. : Академия, 2006. - 464 с. - (Высшее профессиональное образование). - ISBN 5-7695-2602-5..
56. Спиваковская, А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. Том 1. – ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2000. – 304 с. (Серия «Психология - XXI век») ISBN 5-04-003915-8

57. Спиваковская, А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. Том 2. – ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2000. – 464 с. (Серия «Психология - XXI век») ISBN 5-04-003916-6
58. Трошин, О.В., Жулина, Е.В. Логопсихология: Учеб. пособие. / О.В. Трошин, Е.В. Жулина – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 256 с. (Учебное пособие). ISBN 5-89144-599-9
59. Ульенкова, У.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / У.В. Ульенкова - М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 176 с. ISBN 5-7695-1944-4
60. Фадина, Г.В. Диагностика и коррекция задержки психического развития детей старшего дошкольного возраста: учебно-методическое пособие / Г.В. Фадина. — Балашов: «Николаев», 2004. — 68 с. ISBN 5-94035-162-X
61. Феоктистова, В.А. Развитие навыков общения у слабовидящих детей. / В.А. Феоктистова – СПб: Речь, 2005. – 128 с. ISBN 5-9268-0357.
62. Фильчикова, Л.И. Бернадская, М.Э., Парамей, О.В. Нарушения зрения у детей раннего возраста. Диагностика и коррекция: Методическое пособие / Л.И. Фильчикова, М.Э. Бернадская, О.В. Парамей. – 2-е изд. – М.: Издательство «Экзамен», 2004. – 192 с. (Серия «Ранняя помощь»). ISBN 5-94692-901-1
63. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт. Т. I / под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 560 с. ISBN 5-691-00070-5
64. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт. Т. II / под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 656 с. ISBN 5-691-00071-3
65. Хрестоматия. Обучение и воспитание детей «группы риска»: учебное пособие для педагогов классов коррекционно-развивающего обучения / сост.

В.М. Астапов, Ю.В. Микадзе. – М.: Институт практической психологии, 1996. – 226 с. ISBN 5-89112-004-6
66. Цветкова, Л.С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление. / Л.С. Цветкова – М.: Юристъ, 1997. – 256 с. ISBN 5-7975-0024-8
67. Шипицына, Л,М. «Необучаемый» ребенок в семье и в обществе. Социализация детей с нарушениями интеллекта. / Л.М. Шипицына [и др.] – СПб.: Изд-во «Дидактика Плюс», 2002. – 496 с. ISBN 5-89239-032-2
68. Шипицына, Л.М., Мамайчук, И.И. Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2004. 368 с. (Коррекционная педагогика). ISBN 5-691-01095-6
69. Шохор-Троцкая, М.К. Коррекция сложных речевых расстройств: сборник упражнений. / М.К. Шорох – Троцкая - 2-е изд., перераб. – М.: ТЦ Сфера, 2006. – 272 с. (Библиотека журнала «Логопед»). ISBN 5-89144-682-0

4 Вопросы к экзамену по специальной психологии

1. Современное определение предмета специальной психологии.
2. История становления и развития специальной психологии.
3. Задачи специальной психологии.
4. Теоретическое и практическое значение специальной психологии.
5. Своеобразие использования общеметодологических принципов в специальной психологии.
6. Межпредметные связи специальной психологии.
7. Специфика применения методов наблюдения и эксперимента в специальной психологии.
8. Анамнестический метод в специальной психологии.

9. Специфика применения методов наблюдения и эксперимента в специальной психологии.
10. Отличия клинического и психологического исследования детей с отклонениями в развитии.
11. Гуманитарная и естественнонаучная парадигмы в специальной психологии.
12. Вклад Л.С. Выготского в развитие специальной психологии.
13. Взаимосвязь специальной психологии и коррекционной педагогики в историческом контексте.
14. Проблемы «нормы» и «патологии» в современной психологии.
15. Феномен нарушенного развития. Трудности определения.
16. Структура дефекта. Общая характеристика.
17. Понятие о дизонтогенезе и его основных формах.
18. Причины отклоняющегося развития.
19. Сущность реабилитационного процесса.
20. Психолого-педагогическое сопровождение детей с отклонениями в развитии.
21. Биологические и социальные факторы компенсаторного процесса.
22. Понятие об абилитации.
23. Компенсация и адаптация.
24. Система специального образования в России.
25. Взаимосвязь сензитивных периодов и формирование системных отклонений в психическом развитии ребенка.
26. Общение и развитие «особого» ребенка.
27. Взаимосвязь понятий компенсация и реабилитация.
28. Комплексное сопровождение детей с отклонениями в развитии.
29. Сущность и структура компенсаторного процесса.
30. Особенности учебной деятельности детей с отклонениями в развитии.
31. Механизмы формирования системных отклонений.
32. Депривация. Ее формы и механизмы.
33. Структура отклоняющегося развития и ее характеристика.
34. Принципы классификации отклонений в развитии.

35. Личность и ее формирование в условиях отклоняющегося развития.
36. Психодиагностика и процесс квалификации отклоняющегося развития.
37. Обучение и отклоняющееся развитие.
38. Формы и причины нарушений поведения.
39. Особенности психического развития в условиях патологии зрительного анализатора.
40. Нарушение слуха и его влияние на психическое развитие.
41. Психическое развитие в условиях умственной отсталости.
42. Задержанное психическое развитие.
43. Основные формы нарушений речевого развития.
44. Искаженное психическое развитие.
45. Дисгармоничное психическое развитие.
46. Психическое развитие в условиях патологии двигательной сферы.
47. Функции психолога в сопровождении ребенка с отклонениями в развитии.
48. Обучение и отклоняющееся развитие.
49. Экстернальная и интернальная интеграция: проблемы психологического обеспечения эффективности.
50. Психолого-медико-педагогическая консультация. Цели, задачи и функционирование.

5 Программированный контроль знаний

Предмет, цели и задачи специальной психологии на современном этапе ее развития. История становления специальной психологии

1. Дискуссия вокруг предмета специальной психологии связана:

А) с обилием групп детей, имеющих те или иные отклонения в развитии

Б) со сложностью определения понятия «отклоняющееся развитие»

В) с неопределенностью названия предмета данной науки

Г) с необходимостью универсального для дисциплины представления о предмете исследования

2. Специальная психология изучает:

А) особенности возрастного развития детей с отклонениями в развитии

Б) формы и методы обучения людей с дефицитом сенсорных систем

В) особенности развития личности в условиях дизонтогенеза

Г) теоретические аспекты компенсаторного процесса при дизонтогенезе

3. Предметом изучения специальной психологии является:

А) воспитание и обучение детей с нарушенным развитием

Б) психофизиологические основы возникновения нарушений в развитии

В) развитие психики, протекающее в неблагоприятных условиях

Г) социальные аспекты возникновения нарушений в развитии

4. В качестве отдельных отраслей в специальную психологию входят:

А) тифлопсихология

Б) сурдопсихология

В) патопсихология

Г) психология лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата

5. В структуре методов, которые использует специальная психология, можно выделить:

А) группу специфических, характерных лишь для данной отрасли психологии, методов

Б) нельзя выделить специфичные, характерные лишь для данной отрасли психологии, методы

В) входят исключительно вербальные методы исследования

Г) превалируют проективные методы

6. Большинство исследований в специальной психологии основываются на таком организационном методе (по классификации Б.Г. Ананьева), как:

А) лонгитюдный

Б) проективный

В) сравнительный

Г) вербальный

7. Приоритет в выборе вербальных или невербальных диагностических методик в рамках психологического обследования «особого ребенка» зависит от:

А) уровня интеллектуального развития ребенка

Б) задач исследования

В) характера и структуры дефекта

Г) рекомендаций педагога

8. Задачами специальной психологии не являются:

А) разработка методов психологической диагностики отклонений в развитии

Б) изучение закономерностей различных вариантов отклоняющегося развития

В) создание коррекционных педагогических технологий

Г) изучение психологических проблем, связанных с интеграцией

9. К числу существенных признаков феномена, называемого «нарушенным развитием», не относится:
А) наличие социально-неблагоприятных условий воспитания
Б) стойкое изменение параметров актуального функционирования психики
В) наличие нарушения темпов возрастной динамики
Г) наличие отставаний в возрастном развитии, достоверно отличающихся от средних значений, характерных для данного возраста

10. Закономерности, по которым психика развивается в обычных и неблагоприятных условиях, называются:
А) общими закономерностями
Б) модально-неспецифическими закономерностями
В) модально-специфическими закономерностями
Г) закономерностями зависимости характера психического развития от силы и выраженности патогенного фактора

11. Особые закономерности, свойственные какой-либо одной группе детей с отклонениями в развитии, это:
А) общие закономерности
Б) модально-неспецифические закономерности
В) модально-специфические закономерности
Г) закономерности зависимости характера психического развития от силы и выраженности патогенного фактора

12. Особые закономерности, свойственные всем группам детей с отклонениями в развитии, это:
А) общие закономерности
Б) модально-неспецифические закономерности
В) модально-специфические закономерности

Г) закономерности зависимости характера психического развития от силы и выраженности патогенного фактора

13. Выявление качественного своеобразия психического развития в зависимости от времени и степени потери зрения относится к числу:

А) общих закономерностей

Б) закономерностей зависимости характера психического развития от силы и выраженности патогенного фактора

В) модально-неспецифических закономерностей

Г) модально-специфических закономерностей

14. Первоначально специальная психология, развиваясь как многоотраслевая дисциплина, преимущественно исследовала:

А) общие закономерности психического развития

Б) модально-неспецифические закономерности психического развития

В) модально-специфические закономерности психического развития

Г) закономерности зависимости характера психического развития от силы и выраженности патогенного фактора

15. Благодаря исследованиям Л.С. Выготского во главу угла исследований в специальной психологии легли

А) общие закономерности психического развития

Б) модально-неспецифические закономерности психического развития

В) модально-специфические закономерности психического развития

Г) закономерности зависимости характера психического развития от силы и выраженности патогенного фактора

16. Тщательный анализ эмпирических данных привел В.И. Лубовского к выводу о том, что в действительности в разных отраслях специальной психологии исследовались:

А) общие закономерности психического развития

Б) модально-неспецифические закономерности психического развития

В) модально-специфические закономерности психического развития

Г) закономерности зависимости характера психического развития от силы и выраженности патогенного фактора

17. Особое значение формирующего эксперимента для специальной психологии связано с тем, что:

А) его применение позволяет качественно оценить психическое явление

Б) его применение позволяет раскрыть характер самого процесса выполнения задания

В) количественно и достоверно оценить результат

Г) он является неотъемлемой частью дифференциальной диагностики

18. Эмпирические данные оцениваются как научно валидные лишь в том случае, если они сравниваются с аналогичным фактическим материалом, воспроизведенным в выборке нормально развивающихся детей, - это реализация такого конкретно методического принципа, как:

А) динамический

Б) сравнительный

В) ориентации на качественный анализ

Г) целостного, структурного изучения личности «особого» ребенка

19. Адекватные сведения о характере того или иного отклонения могут быть получены в результате многократных временных срезов, - это реализация такого конкретно методического принципа, как:

А) динамический

Б) сравнительный

В) ориентации на качественный анализ

Г) целостного, структурного изучения личности «особого» ребенка

20. В психологическом обследовании детей с отклонениями в развитии психолог обязан учитывать данные клинического анализа, это реализация такого конкретно методического принципа, как:

А) динамический

Б) сравнительный

В) комплексного подхода

Г) целостного, структурного изучения личности «особого» ребенка

21. В высказывании В.И. Лубовского «… обнаружение не просто отдельных проявлений нарушения психического развития, а связей между ними, определение их причин, установление иерархии обнаруженных недостатков или отклонений в психическом развитии…» отражен такой конкретно методический принцип, как

А) динамический

Б) сравнительный

В) комплексного подхода

Г) целостного, структурного изучения личности «особого» ребенка

22. Принцип, суть которого сводится к тому, что все психические явления, во всем их разнообразии, представляют особую, высшую форму отражения окружающего мира в виде образов, понятий, переживаний, - это:

А) принцип детерминизма

Б) генетический принцип

В) принцип отражательности

Г) принцип единства сознания и деятельности

23. Принцип, с позиций которого любое психическое явление рассматривается как причинно-обусловленное, производное от внешнего воздействия и согласно которому феномены отклонений в развитии могут рассматриваться

как особый класс внутренних условий, через которые преломляются внешние воздействия, вследствие чего целые виды деятельности могут существенно упрощаться и объединяться, -это:

А) принцип детерминизма

Б) генетический принцип

В) принцип отражательности

Г) принцип единства сознания и деятельности

24. Положение о том, что все психические явления необходимо рассматривать в динамическом плане, то есть в процессе становления и развития, отражает суть:

А) принципа детерминизма

Б) генетического принципа

В) принципа отражательности

Г) принципа единства сознания и деятельности

25. Положение о том, что психика развивается и проявляется в процессе внешней материальной деятельности человека, в результате чего осуществляются многообразные взаимопереходы предметной деятельности в психическую и наоборот отражает суть:

А) принципа детерминизма

Б) генетического принципа

В) принципа отражательности

Г) принципа единства сознания и деятельности

26. К числу конкретно-методологических принципов специальной психологии не относится

А) принцип онтогенетический

Б) принцип системно-структурного подхода

В) принцип отражательности

В) принцип уровневого анализа

27. Положение о том, что главные закономерности психического развития остаются принципиально общими как для случаев нормы, так и для случаев патологии, сформулированное Г.Я. Трошиным и Л.С. Выготским, отражает суть такого конкретно-методологического принципа, как

А) принцип онтогенетический

Б) принцип системно-структурного подхода

В) принцип отражательности

В) принцип уровневого анализа

28. Простая констатация нарушения какого-либо элемента психики без выявления того, какие функции и взаимосвязи оказываются качественно своеобразными, или нарушенными, является нарушением такого конкретно-методологического принципа, как:

А) принцип онтогенетический

Б) принцип системно-структурного подхода

В) принцип отражательности

В) принцип уровневого анализа

29. Положение о том, что формирование психики осуществляется благодаря неразрывному единству процессов дифференциации, интеграции и иерархизации лежит в основе такого конкретно-методологического принципа специальной психологии, как:

А) принцип онтогенетический

Б) принцип системно-структурного подхода

В) принцип отражательности

В) принцип уровневого анализа

30. Период эволюции отношения общества к людям с ограниченными возможностями, условным началом которого принято считать открытие первого приюта для слепых в 1198 году в Баварии, носит название

А) от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботиться о людях с отклонениями в развитии

Б) признание целесообразности обучения детей с сенсорными нарушениями

В) осознания необходимости обучения всех детей с отклонениями в развитии

Г) осознания необходимости системы специального образования

31. Принято считать, что указы Петра I, запрещающие умерщвлять детей с врожденными дефектами (1704 г) и повелевающие открывать церковные приюты и госпитали для оказания помощи сиротам, нищим и убогим (1706 г.) завершают в России период эволюции отношения к людям с ограниченными возможностями, который носит название

А) от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботиться о людях с отклонениями в развитии

Б) признание целесообразности обучения детей с сенсорными нарушениями

В) осознания необходимости обучения всех детей с отклонениями в развитии

Г) осознания необходимости системы специального образования

32. Открытие в Париже спецшкол для глухонемых (1770 г.) и для слепых (1784 г.) является условной границей периода эволюции отношения к людям с ограниченными возможностями, который носит название

А) от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботиться о людях с отклонениями в развитии

Б) признание целесообразности обучения детей с сенсорными нарушениями

В) осознания необходимости обучения всех детей с отклонениями в развитии

Г) осознания необходимости системы специального образования

33. Открытие первых специальных школ в Петербурге: для глухих (1806 г.) и для слепых (1807 г.) является условной границей периода эволюции отношения к людям с ограниченными возможностями, который носит название

А) от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботиться о людях с отклонениями в развитии

Б) признание целесообразности обучения детей с сенсорными нарушениями

В) осознания необходимости обучения всех детей с отклонениями в развитии

Г) осознания необходимости системы специального образования

34. Создание параллельной специальной образовательной системы, включающей три типа школ: для детей с нарушением слуха, зрения и умственно отсталых происходит в период эволюции отношения к людям с ограниченными возможностями, который носит название

А) от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботиться о людях с отклонениями в развитии

Б) признание целесообразности обучения детей с сенсорными нарушениями

В) осознания необходимости обучения всех детей с отклонениями в развитии

Г) осознания необходимости системы специального образования

35. Совершенствование и разветвление системы специального образования характерно для периода эволюции отношения к людям с ограниченными возможностями, который носит название

А) от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботиться о людях с отклонениями в развитии

Б) от «институлизации» к интеграции

В) осознания необходимости обучения всех детей с отклонениями в развитии

Г) осознания необходимости системы специального образования

36. Парадигма общественного сознания «единое сообщество, включающее людей с различными проблемами», характерна для периода эволюции отношения к людям с ограниченными возможностями, который носит название

А) от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботиться о людях с отклонениями в развитии

Б) от «институлизации» к интеграции

В) осознания необходимости обучения всех детей с отклонениями в развитии

Г) осознания необходимости системы специального образования

Нарушенное развитие – дизонтогенез: параметры и закономерности

1. Понятия «дизотогенез» и «нарушенное развитие» соотносятся как:

А) часть и целое

Б) являются синонимами

В) находятся в причинно-следственной связи

Г) никак не соотносятся

2. Нарушенное развитие можно охарактеризовать как:

А) развитие, протекающее вне воспитательного воздействия

Б) развитие, протекающее в рамках иной языковой культуры

В) развитие, при котором влияние неблагоприятных факторов превышает компенсаторные возможности индивида

Г) развитие, имеющее стихийный, непредсказуемый характер

3. Критерием нормальности признается степень распространенности, или частотности того или иного явления в рамках:

А) статистического подхода

Б) адаптационного подхода

В) культурно-релятивного подхода

Г) уровневого подхода

4. Критерием нормальности выступает способность человека к адаптации, его приспособляемость в рамках:

А) статистического подхода

Б) адаптационного подхода

В) культурно-релятивного подхода

Г) уровневого подхода

5. Критерии нормальности – анормальности относительны, тип культуры и историческое время диктуют параметры дифференциации в рамках:

А) статистического подхода

Б) адаптационного подхода

В) культурно-релятивного подхода

Г) уровневого подхода

6. Перечень критериев нормальности по видам проявления психических феноменов: психических процессов, свойств и состояний введен в рамках:

А) статистического подхода

Б) адаптационного подхода

В) подхода описательных критериев

Г) уровневого – типологического подхода

7. В.Н. Мясищев основывал разрешение дихотомии «норма – патология» на основании критериев:

А) социального и психологического функционирования человека

Б) личностного и индивидного функционирования человека

В) социального и биологического функционирования человека

Г) социального и индивидуального функционирования человека

8. По мнению Б.С. Братуся, личностно – смысловой уровень здоровья:

А) обеспечен биологически целесообразным функционированием человека

Б) обеспечен психологически адекватным и биологически целесообразным способом реализации смысловых устремлений человека

В) зависит от способности человека построить адекватные способы реализации смысловых устремлений человека

Г) определяет качество смысловых отношений человека

9. По мнению Б.С. Братуся, индивидуально-психологический уровень здоровья:

А) обеспечен биологически целесообразным функционированием человека

Б) обеспечен психологически адекватным и биологически целесообразным способом реализации смысловых устремлений человека

В) зависит от способности человека построить адекватные способы реализации смысловых устремлений человека

Г) определяет качество смысловых отношений человека

10.По мнению В.М. Сорокина, нормальное и нарушенное развитие:

А) не могут быть сопоставлены

Б) соотносятся как противоположные понятия

В) соотносятся как общее и частное

Г) являются синонимами

11.Параметры дизонтогенеза характеризуют:

А) особенности течения хронического заболевания, являющегося ядерным дефектом

Б) тип ретардации при том или ином нарушении

В) вид нарушения общего хода развития

Г) тип нарушений сенсомоторной сферы

12.К параметрам дизонтогенеза не относятся:

А) параметр хроногенности

Б) параметр гетерохронности

В) вектральность дефекта

Г) соотношение продуктивной и негативной симптоматики

13. Любой вариант отклонений в развитии:

А) обладает некоторыми общими параметрами

Б) имеет специфические характеристики

В) может быть охарактеризован с помощью параметров возрастного развития

Г) обязательно включает негативную симптоматику

14. Характеристика «местоположения» дефекта на нейропсихологическом уровне – это такой параметр дизонтогенеза, как:

А) параметр хроногенности

Б) параметр гетерохронности

В) вектральность дефекта

Г) параметр функциональной локализации нарушений

15. Дефект можно определить как общий или как частный с позиций такого параметра, как

А) параметр хроногенности

Б) параметр гетерохронности

В) вектральность дефекта

Г) параметр функциональной локализации нарушений

16. Проявление нарушений в дисфункции разных сторон регуляторных систем – это характеристика

А) частного дефекта

Б) общего дефекта

В) системного нарушения

Г) первичного расстройства

17. Нарушение отдельных функций (восприятия, памяти, мышления и т.п) в рамках первичного расстройства характерно для:

А) частного дефекта

Б) общего дефекта

В) системного нарушения

Г) генерализованного расстройства

18. Положение о том, что более раннее возникновение дефекта ведет к более тяжелым последствиям отражает суть такого параметра дизонтогенеза, как:

А) параметр хроногенности

Б) параметр гетерохронности

В) вектральность дефекта

Г) параметр функциональной локализации нарушений

19. Положение о том, что в сензитивные периоды психические функции, как правило, характеризуются снижением уровня резистенции к воздействию патогенного фактора, составляет суть такого явления, как

А) гетерохронность

Б) хроногенность

В) первичные ассоциативные связи

Г) динамическая локализация психических функций

20. Положение о том, что разные виды дизонтогенеза имеют разное соотношение поврежденных, недоразвитых и задержанных функций является практическим следствием такого параметра дизонтогенеза, как:

А) параметр хроногенности

Б) параметр гетерохронности

В) вектральность дефекта

Г) параметр функциональной локализации нарушений

21. Положение о том, что развитие – это не столько изменения в работе отдельных психических функций, сколько в отношениях между ними составляют основу такого параметра дизонтогенеза, как:

А) параметр хроногенности

Б) параметр гетерохронности

В) параметр характера и возрастной динамики межфункциональных связей

Г) параметр функциональной локализации нарушений

22. Временная независимость отдельных функций, в формировании которых явно доминируют процессы дифференциации характерна для:

А) иерархического типа межфункциональных связей

Б) ранних этапов онтогенеза

В) поздних этапов дизонтогенеза

Г) ассоциативного типа межфункциональных связей

23. Многослойная структура, при которых высшие уровни, реализующие работу более сложных функций, подчиняют себе более элементарные, характерна для

А) иерархического типа межфункциональных связей

Б) ассоциативного типа межфункциональных связей

В) системного типа межфункциональных связей

Г) динамического типа межфункциональных связей

24. Появление целостных комплексов по принципу пространственно временных связей характерно для:

А) иерархического типа межфункциональных связей

Б) ассоциативного типа межфункциональных связей

В) системного типа межфункциональных связей

Г) динамического типа межфункциональных связей

25. Любое нарушение приводит к тому, что интеграция психических процессов:

А) страдает на всех уровнях

Б) теряет в иерархичности и целостности

В) теряет либо в дифференциации, либо в системности

Г) теряет либо в дифференциации, либо в целостности, либо в формировании иерархичности

26. Мало обратимые изменения в параметрах работы той или иной функции, вызванные воздействием того или иного патогенного фактора, это:

А) системное нарушение

Б) вторичный дефект

В) первичный дефект

Г) ядерный дефект

27. Нарушение целостности барабанной перепонки – это:

А) первичный дефект

Б) вторичный дефект

В) анатомо-физиологическая предпосылка первичного дефекта

Г) ядерный дефект

28. Выберите правильное продолжение «топографической метафоры». «Чем дальше функция от первичного расстройства, тем…»

А) «она более повреждена»

Б) «в меньшей степени она страдает»

В) «более сохранна»

Г) «более быстро развивается»

29. В структуре дефекта нарушения функций, не страдающих первично, называются системными, так как:

А) все взаимосвязано в организме

Б) их нарушения возникают потому, что нарушено или затруднено образование межфункциональных связей

В) психика есть система систем

Г) структура определяет развитие личности

30. Соотношение первичных и системных расстройств определяет содержание такого понятия, как:

А) хроногенность дефекта

Б) структура дефекта

В) тип дизотногенеза

Г) вектральность дефекта

31. Направление распространения вторичных нарушений по отношению к элементарным и высшим психическим функциям составляет содержание такого параметра дизонтогенеза, как:

А) хроногенность

Б) структура дефекта

В) динамика дизонтогенеза

Г) вектральность

32. Первичное поражение высших психических функций отражает такую вектральность дефекта, как:

А) «снизу вверх»

Б) «слева вверх»

В) «сверху вниз»

Г) «книзу вверх»

33. Первичное поражение элементарных психических функций отражает такую вектральность дефекта, как

А) «снизу вверх»

Б) «слева вверх»

В) «сверху вниз»

Г) «книзу вверх»

34. Структура нарушенного развития с возрастом:

А) не изменяется

Б) не остается неизменной

В) никакого отношения к возрасту не имеет

Г) изменяется

35. Позитивная или негативная динамика структуры нарушенного развития обусловлена:

А) качеством коррекционного обучения

Б) прогридиентностью/непрогридиентностью заболевания, лежащего в основе ядерного дефекта

В) уровнем интеллектуального развития

Г) особенностями филогенеза

36. Под микрогенезом подразумевают:

А) актуальный уровень функционирования психики

Б) историческое развитие психики

В) индивидуальное развитие психики

Г) развитие психики в младенческом возрасте

37. Связь между микрогенезом и онтогенезом может быть охарактеризована как:

А) однонаправленная

Б) отсутствующая

В) двунаправленная

Г) хаотичная

38. Возникновение изменений в параметрах актуального функционирования психики под влиянием обучения называется:

А) стихийным развитием

Б) эволюционным развитием

В) спонтанным развитием

Г) направленным развитием

39. Новообразования, возникающие под влиянием направленного развития, называются:

А) онтогенезом

Б) микрогенезом

В) функциональным генезом

Г) психогенезом

40. Процесс самонаучения через подражание – это:

А) стихийное развитие

Б) эволюционное развитие

В) спонтанное развитие

Г) направленное развитие

41. Перспективной задачей любого обучения является создание предпосылок для:

А) стихийного развития

Б) эволюционного развития

В) спонтанного развития

Г) направленного развития

42. Различное сочетание отрицательных и положительных характеристик биологических и социальных факторов, способствующих нарушению хода нормального развития - это:

А) фактор обучения

Б) дизонтогенетический фактор

В) психофизиологический фактор

Г) психосоциальный фактор

43. Оптимальные условия для развития создаются в том случае, если:

А) объединяются положительные характеристики биологических и социальных факторов

Б) исчезают биологические и проявляются социальные факторы

В) отрицательные характеристики биологических и социальных факторов нивелируют друг друга

Г) отрицательные характеристики биологических факторов изолируются

44. Если при непрогидиентном заболевании не изменяются с возрастом ребенка условия заболевания, то можно говорить о том, что:

А) объединяются положительные характеристики биологических и социальных факторов

Б) исчезают биологические и проявляются социальные факторы

В) отрицательные характеристики биологических и социальных факторов объединяются

Г) отрицательные характеристики биологических факторов изолируются

45. Принцип относительности дефекта, введенный Л.С. Выготским означает, что:

А) дефект со временем меняет свою структуру

Б) любой дефект является таковым исключительно в социальном плане

В) в процессе онтогенеза меняется значимость биологических и социальных факторов

Г) в процессе онтогенеза первичные и вторичные нарушения меняются местами

46. В основе такого механизма образования системных нарушений, который условно можно назвать механизмом «системогенеза сознания» лежит представление о взаимосвязи слоев сознания:

А) бытийного и рефлексивного

Б) индивидуального и архетипического

В) индивидуального и бытийного

Г) предметного и целостного

47. Совокупная сенсорная база перцептивных образов и их свойств – это:

А) биодинамическая ткань сознания

Б) чувственная ткань сознания

В) рефлексивный слой сознаний

Г) бытийный слой сознания

48. В живом человеческом движении, которое выступает основой предметных действий, воплощается:

А) биодинамическая ткань сознания

Б) чувственная ткань сознания

В) рефлексивный слой сознаний

Г) бытийный слой сознания

49. Если первичные нарушения принадлежат к чувственной сфере сознания, то наиболее сохранными окажутся:

А) биодинамическая ткань сознания

Б) сфера значений

В) сфера смыслов

Г) бытийный слой сознания

50. При эмоционально-волевых и поведенческих нарушениях первично страдает:

А) биодинамическая ткань сознания

Б) сфера значений

В) сфера смыслов

Г) бытийный слой сознания

51.При речевых и интеллектуальных нарушениях первично страдает:

А) биодинамическая ткань сознания

Б) сфера значений

В) сфера смыслов

Г) бытийный слой сознания

52.При первичном нарушении сферы значений более сохранным остается:

А) рефлексивный слой сознания

Б) бытийный слой сознания

В) чувственная ткань сознания

Г) биодинамическая ткань сознания

53.Тот факт, что в момент действия патогенетического фактора прежде всего нарушаются те стороны психики, которые находятся в фазе наиболее интенсивного развития, даже если эти функции непосредственно не связаны с первично нарушенной, объясняется действием:

А) механизма системогенеза сознания

Б) механизма онтогенетической обусловленности

В) коммуникативного механизма

Г) депривационного механизма

54.Тот факт, что высшая психическая функция в своем развитии должна пройти как интер-, так и интрапсихическую фазы, лежит в основе действия такого механизма формирования системных отклонения, как:

А) депривационный

Б) деятельностный

В) коммуникативный

Г) речевой

55. Тот факт, что в качестве опосредующего элемента в структуре высших психических функций, лежит речь, обусловливает действие такого механизма формирования системных отклонения, как:

А) депривационный

Б) деятельностный

В) коммуникативный

Г) речевой

56. Причинно-следственные связи между патогенным фактором и нарушенным развитием чаще носят:

А) характер прямой взаимосвязи

Б) опосредованный характер

В) непосредственной связи

Г) хаотичный характер

57. К числу опосредующих факторов, влияющих на патогенетический фактор относят:

А) локализацию фактора

Б) интенсивности воздействия фактора

В) наследственный фактор

Г) компенсаторные возможности

58. К числу опосредующих факторов, влияющих на патогенетический фактор относят:

А) экспозиции фактора

Б) частоты воздействия фактора

В) биологический фактор

Г) качество помощи

59. Тот факт, что разные по качеству и тяжести проявления первичные патогенетические факторы, могут приводить к сходным вариантам отклонений в развитии объясняется:

А) принципом относительности дефекта

Б) хаотичным характером развития

В) клиническими исследованиями

Г) влиянием опосредующих факторов

Классификации нарушений психического развития

1. Г.Е. Сухарева с позиций патогенеза нарушений развития личности различает следующие виды психического дизонтогенеза:

А) дисгармоничное развитие

Б) задержанное

В) поврежденное

Г) искаженное

2. По мнению Г.К. Ушакова (1973) и В.В. Ковалева (1979) основными клиническими типами психического дизонтогенеза являются:

А) ретардация

Б) дефицит развития

В) асинхрония

Г) акселерация

3. По мнению Г.К. Ушакова (1973) и В.В. Ковалева (1979) следует выделять:

А) 3 типа психического дизонтогенеза

Б) 4 типа психического дизонтогенеза

В) 2 типа психического дизонтогенеза

Г) 5 типов психического дизонтогенеза

4. В основу классификации психического дизонтогенеза В.В.Лебединского положен критерий:

А) времени поражения

Б) клинической картины нарушений

В) качество нарушений

Г) тип отставания в развитии

5. Ранее время поражения, вектральность «сверху вниз», тотальность поражений характерна для (по классификации В.В. Лебединского):

А) поврежденного развития

Б) общего стойкого недоразвития

В) задержанного развития

Г) дисгармоничного развития

6. Олигофрения является типичной моделью (по классификации В.В. Лебединского):

А) искаженного развития

Б) дефицитарного развития

В) общего стойкого недоразвития

Г) поврежденного развития

7. Поражение «снизу вверх», парциальность поражения интеллектуальных функций, раннее время поражения функций характерны для (по классификации В.В. Лебединского):

А) общего стойкого недоразвития

Б) искаженного развития

В) поврежденного развития

Г) задержанного развития

8. Органическая деменция является характерной моделью такого типа дизонтогенеза (по классификации В.В. Лебединского), как:

А) общего стойкого недоразвития

Б) искаженного развития

В) поврежденного развития

Г) задержанного развития

9. Наличие органического повреждения мозга, наличие не менее 2-3 лет относительно нормального развития, парциальность расстройств, поражение «снизу вверх», обусловленность вторичного дефекта спецификой первичного поражения, распад иерархических связей с явлениями изоляции, - это описание такого типа дизонтогенеза (по классификации В.В. Лебединского), как:

А) общее стойкое недоразвитие

Б) искаженное развитие

В) поврежденное развитие

Г) задержанное развитие

10. Тип дизонтогенеза, связанный с первичной недостаточностью отдельных анализаторных систем, а также рядом инвалидизирующих соматических заболеваний, это (по классификации В.В. Лебединского) дизонтогенез по типу

А) поврежденного развития

Б) задержанного развития

В) дефицитарного развития

Г) дисгармонического развития

11. Синдром раннего детского аутизма – это характерная модель (по классификации В.В. Лебединского) дизонтогенеза по типу

А) поврежденного развития

Б) задержанного развития

В) искаженного развития

Г) дисгармонического развития

12. Первично – нарушение какой-либо анализаторной системы, теснейшая связь вторичного дефекта с первично пострадавшей функций, что собственно и определяет своеобразие психического развития при данном типе дизонтогенеза. Асинхрония проявляется в разной степени недоразвития одних анализаторных систем при сохранности других. Дефицитарность отдельных сенсорных и моторных систем приводит к явлениям изоляции отдельных психических функций. Это описание дизонтогенеза (по классификации В.В. Лебединского) по типу

А) общего стойкого недоразвития

Б) искаженного развития

В) дефицитарного развития

Г) задержанного развития

13. Сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития, приводящее к ряду качественно новых патологических образований, лежащий в основе текущий патологический процесс – это описание дизонтогенеза (по классификации В.В. Лебединского) по типу

А) общего стойкого недоразвития

Б) искаженного развития

В) дефицитарного развития

Г) задержанного развития

14. Психопатии и патологическое развитие личности – это показательная модель дизонтогенеза (по классификации В.В. Лебединского) по типу

А) общего стойкого недоразвития

Б) искаженного развития

В) дисгармонического развития

Г) задержанного развития

15. Сочетание явлений ретардации и парциальной акселерации других, в основе врожденная, либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере – это описание дизонтогенеза (по классификации В.В. Лебединского) по типу

А) общего стойкого недоразвития

Б) искаженного развития

В) дисгармонического развития

Г) задержанного развития

16. По классификации Н.Я. Семаго и М.М. Семаго выделяется:

А) 2 класса типов отклонений в развитии

Б) 3 класса типов отклонений в развитии

В) 6 классов типов отклонений в развитии

Г) 4 класса типов отклонений в развитии

17. По классификации Н.Я. Семаго и М.М. Семаго не выделяются такие типы дизонтогенеза, как:

А) тотальное недоразвитие

Б) задержанное развитие

В) искаженное развитие

Г) парциальная несформированность ВПФ

18. Гармонический инфантилизм по классификации Н.Я. Семаго и М.М. Семаго входит в класс:

А) недостаточного развития

Б) асинхронного развития

В) поврежденного развития

Г) дефицитарного развития

19. Мозаичные типы искаженного развития по классификации Н.Я. Семаго и М.М. Семаго входят в класс:

А) недостаточного развития

Б) асинхронного развития

В) поврежденного развития

Г) дефицитарного развития

20. Отличие классификации Н.Я. Семаго и М.М. Семаго от традиционной классификации В.В. Лебединского состоит в том, что авторы использовали:

А) патогенетический подход

Б) коррекционный подход

В) нейропсихологический подход

Г) феноменологический подход

21. Дисгармоническое развитие экстрапунитивного, интрапунитивного и апатического типа и искаженное развитие с преимущественными нарушениями в эмоциональной и когнитивной сферах объединены по классификации Н.Я. Семаго и М.М. Семаго в класс:

А) недостаточного развития

Б) асинхронного развития

В) поврежденного развития

Г) дефицитарного развития

22. Дефицитарное развитие по классификации Н.Я. Семаго и М.М. Семаго представлено группами:

А) искаженного развития

Б) раннедефицитарного

Б) позднедефицитарного

Г) тотального недоразвития

23. По классификации Н.Я. Семаго и М.М. Семаго в группе задержанного развития выделяется:

А) темпово-задержанный тип развития

Б) простой уравновешенный тип

В) мозаичный тип искаженного развития

Г) неравномерно-задержанный тип развития

Профилактика и коррекция отклонений от нормы психического развития у детей с врожденными или приобретенными дефектами сенсорной, интеллектуальной, эмоциональной сфер

1. Система мероприятий, направленная на восстановление оптимально возможной жизнедеятельности у человека с ограничениями жизнедеятельности – это:

А) компенсация

Б) коррекция

В) адаптация

Г) реабилитация

2. Процесс возмещения недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных – это:

А) компенсация

Б) коррекция

В) адаптация

Г) реабилитация

3. Утрата достигнутого ранее компенсаторного эффекта под влиянием патогенных воздействий – это:

А) псевдокомпенсация

Б) ресоциализация

В) декомпенсация

Г) комплекс неполноценности

4. Характеристика степени комфорта в удовлетворении человеческих потребностей – это:

А) качество жизни

Б) социализация

В) абилитация

Г) компенсация

5. В основу представлений о компенсации положены понятия:

А) способности

Б) онтогенеза

В) психических функций

Г) функциональных систем

6. Тотально слепой ребенок ориентируется в пространстве с опорой на светоощущения – это пример

А) реабилитации

Б) социальной адаптации

В) внутрисистемной компенсации

Г) межсистемной компенсации

7. Слабовидящий ребенок учиться читать посредством шрифта Брайля – это пример:

А) реабилитации

Б) социальной адаптации

В) внутрисистемной компенсации

Г) межсистемной компенсации

8. Глухой ребенок осваивает произношение гласных звуков с опорой на вибрационную чувствительность – это пример

А) реабилитации

Б) социальной адаптации

В) межсистемной компенсации

Г) внутрисистемной компенсации

9. Глухой ребенок осваивает устную речь посредством дактильной речи – это пример:

А) реабилитации

Б) социальной адаптации

В) межсистемной компенсации

Г) внутрисистемной компенсации

10. Преимущественно автоматически и бессознательно компенсаторные процессы протекают на:

А) биологическом уровне

Б) психологическом уровне

В) социально-психологическом уровне

Г) социальном уровне

11. С работой защитных механизмов и стратегий совладания связан такой уровень компенсации, как

А) биологический уровень

Б) психологический уровень

В) социально-психологический уровень

Г) социальный уровень

12. Качество жизни характеризует такой уровень компенсации, как
А) биологический уровень
Б) психологический уровень
В) социально-психологический уровень
Г) социальный уровень

13. С макросоциальными масштабами существования человека связан такой уровень компенсации, как
А) биологический уровень
Б) психологический уровень
В) социально-психологический уровень
Г) социальный уровень

14. Если равновесие нарушено между индивидом и средой в результате средовых изменений, срабатывает:
А) декомпенсация
Б) адаптация
В) компенсация
Г) реабилитация

15. Если равновесие нарушено между индивидом и средой в результате изменений в самом индивиде, срабатывает:
А) декомпенсация
Б) адаптация
В) компенсация
Г) реабилитация

16. В онтогенезе становление адаптационных процессов по сравнению с компенсаторными характеризуется следующим:

А) адаптационные механизмы запаздывают по сравнению с компенсационными

Б) адаптационные и компенсаторные процессы развиваются равномерно

В) адаптационные механизмы срабатывают в онтогенезе раньше, чем компенсационные

Г) по мере взросления развитие компенсаторных способностей усиливается и догоняет адаптационные

17. Адаптация и компенсация соотносятся как

А) часть и целое

Б) внешний и внутренний процесс

В) причина и следствие

Г) условие и феномен

18. Обнаружение того или иного нарушения в работе организма. Сигнал о нарушении может быть связан и с самим расстройством, и с его последствиями, с различными отклонениями в поведении и деятельности характерно для

А) 2 фазы компенсаторного процесса

Б) 1 фазы компенсаторного процесса

В) 4 фазы компенсаторного процесса

Г) 6 фазы компенсаторного процесса

19. Оценка параметров нарушения, его локализации и глубины (выраженности) – это содержание

А) 2 фазы компенсаторного процесса

Б) 1 фазы компенсаторного процесса

В) 4 фазы компенсаторного процесса

Г) 6 фазы компенсаторного процесса

20. Формирование программы последовательности и состава компенсаторных процессов и мобилизации, нервно-психических ресурсов индивида это содержание

А) 1 фазы компенсаторного процесса

Б) 2 фазы компенсаторного процесса

В) 4 фазы компенсаторного процесса

Г) 3 фазы компенсаторного процесса

21. Отслеживание процесса реализации программы – это содержание

А) 1 фазы компенсаторного процесса

Б) 2 фазы компенсаторного процесса

В) 4 фазы компенсаторного процесса

Г) 3 фазы компенсаторного процесса

22. Остановка компенсаторного механизма и закрепление его результатов. Эта фаза связана с восстановлением нарушенной функции и возобновлением разных форм деятельности – это содержание

А) 1 фазы компенсаторного процесса

Б) 2 фазы компенсаторного процесса

В) 5 фазы компенсаторного процесса

Г) 3 фазы компенсаторного процесса

23. Система раннего вмешательства в процесс развития ребенка с целью достижения оптимально возможного уровня приспособления к внешним условиям существования с учетом индивидуальных особенностей имеющихся нарушений – это:

А) реабилитация

Б) компенсация

В) абилитация

Г) социализация

24.Процесс исправления тех или иных нарушенных функций – это

А) реабилитация

Б) компенсация

В) коррекция

Г) адаптация

25.В основе коррекции лежат механизмы

А) адаптации

Б) интерференции

В) сенсибилизации

Г) депривации

Дети с интеллектуальными и речевыми нарушениями: структура дефекта и модально-специфические закономерности развития в условиях данных нарушений

1. По мнению Г.Е. Сухаревой, двумя клинико-психологическими законами олигофрении являются следующие:

А) тотальность нервно-психического недоразвития

Б) парциальность нервно-психического недоразвития

В) множественность поражений

Г) иерархичность нервно-психического недоразвития

2. Недоразвитие всех нервно-психических и в определенной степени соматических функций. Данное явление характеризуется понятием:

А) фронтальность

Б) иерархичность

В) тотальность

Г) множественность

3. Недоразвитие гнозиса, праксиса, речи, эмоций, памяти проявляется в меньшей степени, чем недоразвитие мышления. Данное явление характеризуется понятием:

А) фронтальность

Б) иерархичность

В) тотальность

Г) множественность

4. При использовании методики «Опосредованное запоминание» (методика А.Н. Леонтьева) у ребенка результаты ниже, чем при непосредственном запоминании. Данная закономерность характерна для:

А) умственной отсталости

Б) сенсорной афазии

В) задержки психического развития

Г) глухоты II степени

5. По мнению К. Левина ядерным дефектом при умственной отсталости является:

А) абулия

Б) недоразвитие нервно-психических функций

В) «вязкость аффекта»

Г) незрелость лобных отделов мозга

6. При умственной отсталости в большей степени недоразвиваются:

А) базальные эмоции

Б) эмоции, тесно связанные с интеллектом

В) тотально все эмоции

Г) все эмоции развиваются равномерно

7. По мнению М.С. Певзнер, ядерным дефектом при умственной отсталости является:

А) нарушение произвольности

Б) незрелость лобных отделов головного мозга

В) социальная депривация

Г) абулия

8. По мнению С.Я.Рубинштейн, при умственной отсталости ядерным дефектом является:

А) недоразвитие познавательной активности

Б) нарушение произвольности

В) недоразвитие операции анализа

Г) недоразвитие деятельности головного мозга

9. По предложенной Эскиролем классификации олигофрении, степень олигофрении, когда имеется ограниченная способность к накоплению некоторого запаса сведений, возможность выделения простейших признаков предметов и ситуаций, доступно понимание и произнесение элементарных фраз, возможно формирование простейших навыков самообслуживания, обнаруживаются симпатические эмоции, зачатки самооценки, что проявляется в повышенной обидчивости, возможно обучение элементам чтения и письма, простого порядкового счета, зачатками физического труда, называется:

А) идиотией

Б) имбецильностью

В) дебильностью

Г) кретинизмом

10. По предложенной Эскиролем классификации олигофрении, степень олигофрении, когда имеется грубое недоразвитие всех функций, по существу

отсутствует мышление, собственная речь представлена нечленораздельными звуками, либо набором нескольких слов, в обращенной речи воспринимается не смысл, а интонация, элементарные эмоции связаны с физиологическими потребностями, навыки самообслуживания отсутствуют, поведение ограничивается импульсивными реакциями на внешний раздражитель, либо подчинено реализации инстинктивных потребностей, - называется:

А) идиотией

Б) имбецильностью

В) дебильностью

Г) кретинизмом

11.По предложенной Эскиролем классификации олигофрении, степень олигофрении, когда мышление имеет наглядно-образный характер, доступны определенная оценка конкретной ситуации, ориентация в простых практических вопросах, имеется фразовая речь, иногда неплохая механическая память, - называется

А) идиотией

Б) имбецильностью

В) дебильностью

Г) кретинизмом

12.Классификации олигофрении Г.Е. Сухаревой базируется на критерии:

А) ядерного дефекта

Б) клинической картины

В) клинико-патогенетическом

Г) причины возникновения недоразвития

13.В соответствии с клинико-патогенетической классификацией Г.Е. Сухаревой выделяют следующие виды олигофрении:

А) атипичные

Б) простые

В) осложненные

Г) неосложненные

14. Форма олигофрении, чаще связанная с генетической патологией, в картине дефекта которой имеются недоразвитие в интеллектуальной, речевой, сенсорной, моторной, эмоциональной, неврологической и даже соматической сферах, дети старательны, усидчивы, в соответствии с клинико-патогенетической классификацией Г.Е. Сухаревой, - называется:

А) атипичной

Б) простой

В) осложненной

Г) неосложненной

15. Форма олигофрении, которая отличается тем, что основные закономерности могут частично нарушаться, например, тотальность или иерархичность, в соответствии с клинико-патогенетической классификацией Г.Е. Сухревой, называется:

А) атипичной

Б) простой

В) осложненной

Г) неосложненной

16. Если олигофрения обусловлена недоразвитием щитовидной железы, то частично будет нарушаться такая закономерность олигофрении, как:

А) тотальность

Б) иерархичность

В) мозаичность

Г) парциальность

17. Если в случае олигофрении, обусловленной гидроцефалией, сохраняется хорошая механическая память, то это частичное нарушение такого закона олигофрении, как:

А) тотальность

Б) иерархичность

В) мозаичность

Г) парциальность

18. В отличие от умственной отсталости, задержанное развитие характеризуется:

А) ранним временем поражением

Б) вектральностью дефекта «сверху вниз»

В) тотальностью недоразвития

Г) парциальностью поражений

19. Эмоциональная сфера ребенка находится как бы на более раннем уровне развития, соответствуя психическому складу ребенка более раннего возраста, яркость и живость эмоций, преобладание эмоциональных реакций в поведении, игровые интересы, внушаемость, неутомимость в игре на фоне быстрого пресыщения интеллектуальной деятельностью, неумения подчиняться правилам дисциплины, в сочетании с «гармоничностью» психического облика, как бы отставанием психического возраста ребенка от календарного, характерно для такого варианта задержки психического развития (по К.С. Лебединской), как:

А) ЗПР конституционального происхождения

Б) ЗПР соматогенного происхождения

В) ЗПР психогенного происхождения

Г) ЗПР церебрально-органического генеза

20. Гармонический, психический и психофизический инфантилизм по определению Лорена и Ласега соответствует:

А) ЗПР конституционального происхождения

Б) ЗПР соматогенного происхождения

В) ЗПР психогенного происхождения

Г) ЗПР церебрально-органического генеза

21. Эмоциональная незрелость, робость, боязливость, искусственная инфантилизация, связанная с гиперопекой по причине длительных, хронических заболеваний, которые в свою очередь могут быть обусловлены пороками соматического развития характерны для такого варианта задержки психического развития (по К.С. Лебединской), как:

А) ЗПР конституционального происхождения

Б) ЗПР соматогенного происхождения

В) ЗПР психогенного происхождения

Г) ЗПР церебрально-органического генеза

22. Задержка развития связана с неблагоприятными условиями развития и воспитания, ранее и стойкое проявление психотравмирующего фактора, разного по своему содержанию, - это описание такого варианта задержки психического развития (по К.С. Лебединской), как:

А) ЗПР конституционального происхождения

Б) ЗПР соматогенного происхождения

В) ЗПР психогенного происхождения

Г) ЗПР церебрально-органического генеза

23. Наличие органического поражения ЦНС, наличие задержки как физического, так и психического развития, однако почти всегда наличие энцефалопатических расстройств, наибольшая недостаточность не мышления как такового, а предпосылок мышления, - это описание такого варианта задержки психического развития (по К.С. Лебединской), как:

А) ЗПР конституционального происхождения

Б) ЗПР соматогенного происхождения

В) ЗПР психогенного происхождения

Г) ЗПР церебрально-органического генеза

24. Наибольшее значение и наиболее сложную проблему в клинической практике представляет дифференциальная диагностика умственной отсталости от такого варианта задержки психического развития, как:

А) ЗПР конституционального происхождения

Б) ЗПР соматогенного происхождения

В) ЗПР психогенного происхождения

Г) ЗПР церебрально-органического генеза

25. В отличие от детей с умственной отсталостью, у детей с задержкой психического развития характерны затруднения в речи на уровне:

А) построения фразы

Б) согласования отдельных слов

В) слова

Г) построения сложных лексико-граматических конструкций

26. Для преодоления возникающих затруднений в выполнении задачи для детей с ЗПР, в отличие от детей с умственной отсталостью, требуется помощь, направленная на:

А) организацию места выполнения задания

Б) организацию внимания и контроля, актуализацию мотива деятельности

В) расчленение программы действий на отдельные смысловые звенья

Г) стимуляцию игрового интереса

27. Минимальная мозговая дисфункция рассматривается в отечественной специальной психологии как:

А) синоним задержки психического развития

Б) синоним умственной отсталости

В) патогенез задержки психического развития

Г) последствие задержки психического развития

28.Быстрая истощаемость, повышенная чувствительность к интенсивности внешних воздействий – это признаки дисфункций на:

А) уровне корковых функций

Б) уровне подкорковых и базальных лобных систем

В) верхнетеменного отдела коры головного мозга

Г) спинного мозга

29.При нейропсихологическом обследовании ребенка с ЗПР церебрально-органического генеза обращает на себя внимание:

А) выраженность верхнетеменного синдрома

Б) выраженность заднетеменного синдрома

В) диффузность поражений, проявления которых не укладываются в топические рамки известных нейропсихологических синдромов

Г) отсутствие признаков локальных поражений мозга

30.Недоразвитие высших корковых функций при ЗПР является следствием

А) недоразвития произвольной регуляции

Б) недоразвития речи

В) истощаемости психических функций

Г) недоразвития праксиса

31.В отличие от детей с умственной отсталостью, для детей с ЗПР церебрально-органического генеза, нарушения программирования деятельности, связано с:

А) общим недоразвитием корковых функций

Б) недоразвитием функций внимания

В) недоразвитием речи

Г) номинативной функции речи

32. Сложности в решении задач на конструктивное мышление у детей с ЗПР церебрально-органического генеза связаны с недоразвитием такой функции речи, как:

А) коммуникативная

Б) номинативная

В) программирующая

Г) репрезентативная

33. М.Е. Хватцев недоразвитие и повреждение мозга и перифирических систем в пре-и натальный период развития отнес к группе:

А) органических причин нарушений речи

Б) функциональных причин нарушений речи

В) психоневрологических причин нарушений речи

Г) социально-психологических причин нарушений речи

34. Нарушения психических функций и умственную отсталость М.Е. Хватцев относил к группе:

А) органических причин нарушений речи

Б) функциональных причин нарушений речи

В) психоневрологических причин нарушений речи

Г) социально-психологических причин нарушений речи

35. Согласно клинико-педагогической классификации, дисфония (афония) относится к группе нарушений

А) фонационного оформления речи

Б) устной речи

В) письменной речи

Г) структурно-семантического оформления речи

36. Отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата, обусловленная расстройствами голосообразуещего аппарата центральной или периферической локализации, - это:

А) брадилалия

Б) дизартрия (анартрия)

В) дисфония (афония)

Г) алалия

37. Патологически замедленный темп речи, замедленная реализация артикуляторной речевой программы, центрально обусловленная – это:

А) тахилалия

Б) брадилалия

В) заикание

Г) ринолалия

38. Патологически ускоренный темп речи, ускоренная реализация артикуляторной речевой программы, центрально обусловленная – это:

А) тахилалия

Б) брадилалия

В) заикание

Г) ринолалия

39. Нарушение темпово-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата – это:

А) тахилалия

Б) брадилалия

В) заикание

Г) ринолалия

40. Нарушения звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата носит название:

А) брадилалии

Б) заикания

В) дислалии

Г) дизартрии

41. Нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата носит название:

А) брадилалии

Б) ринолалии

В) дислалии

Г) дизартрии

42. Нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата, носит название:

А) брадилалии

Б) ринолалии

В) дислалии

Г) дизартрии

43. По клинико-педагогической классификации алалия относится к группе нарушений:

А) фонационного оформления речи

Б) устной речи

В) письменной речи

Г) структурно-семантического оформления речи

44. Отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде, при котором

нарушены операции отбора и программирования на всех этапах порождения и приема речевого высказывания, это:

А) дизартрия

Б) алалия

В) афазия

Г) дислексия

45. Полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями мозга после того, как речь была сформирована – это:

А) дизартрия

Б) алалия

В) афазия

Г) дислексия

46. Частичное специфическое нарушение процесса чтения – это:

А) брадилалия

Б) дислексия

В) дисграфия

Г) афазия

47. Частичное специфическое нарушение письма – это:

А) брадилалия

Б) дислексия

В) дисграфия

Г) афазия

48. Согласно психолого-педагогической классификации нарушений речи заикание относиться к:

А) фонетико-фонематическим нарушениям речи

Б) общему недоразвитию речи

В) нарушению применения средств общения

Г) афазиям

49. Согласно психолого-педагогической классификации нарушений речи, нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей вследствие дефектов восприятия и произношения фонем – это:

А) фонетико-фонематические нарушения речи

Б) общее недоразвитие речи

В) нарушение применения средств общения

Г) нарушения устной речи

50. Различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне – это:

А) фонетико-фонематические нарушения речи

Б) общее недоразвитие речи

В) нарушение применения средств общения

Г) нарушения устной речи

Критерии и параметры возрастного развития

1. Быстрое установление экспериментатором контакта с ребенком старше 8 месяцев может свидетельствовать о:

А) высоком интеллектуальном уровне ребенка

Б) низком интеллектуальном уровне ребенка

В) недостаточную дифференцировку знакомых и незнакомых взрослых

Г) импульсивном типе личности младенца

2. Поочередное появление игрушек в двух окошках белого экрана используют для оценки:

А) восприятия

Б) объема внимания

В) двигательной активности

Г) реакции предвосхищения

3. Действия с двумя и более игрушками предлагают детям:

А) от 1 до 3 месяцев

Б) после 4 месяцев

В) старше 10 месяцев

Г) старше 7 месяцев

4. Перед глазами ребенка на расстоянии 30 сантиметров перемещают яркую игрушку размером 7-10 сантиметров в горизонтальных, вертикальных, круговых направлениях. У детей от 2 до 4 с половиной месяцев обращают внимание на:

А) эмоциональную реакцию на игрушку

Б) положение тела ребенка

В) желание схватить игрушку

Г) прекращение прослеживаний при остановке игрушки

5. Движущаяся игрушка скрывается за экраном шириной 7 сантиметров, находящемся на расстоянии 50 см от глаз ребенка, и, не прекращая своего движения, сохраняя его траекторию, через некоторое время появляется с другой стороны экрана. Реакция считается выполненной, если

А) ребенок переключается на другие предметы

Б) после исчезновения игрушки за экраном ребенок продолжает прослеживать ту траекторию, по которой ранее двигался объект

В) ребенок начинает внимательно рассматривать экран

Г) ребенок руками воспроизводит траекторию

6. Формирование обходных движений проверяют у детей:

А) старше 5 месяцев

Б) старше 10 месяцев

В) старше 14 месяцев

Г) старше 1 месяца

7. Если двигательные реакции характеризуются замедлением темпа развития отдельных реакций, а также наличием ряда двигательных навыков в несовершенном виде, то это:

А) тяжелая степень нарушения

Б) нормальный уровень развития

В) легкая степень нарушения

Г) средняя степень нарушения

8. Если двигательные реакции характеризуются асинхронией развития движений: значительное запаздывание в формировании одних и отсутствие других, то это:

А) тяжелая степень нарушения

Б) нормальный уровень развития

В) легкая степень нарушения

Г) средняя степень нарушения

9. Если проявляется тотальное недоразвитие двигательных реакций, то это:

А) тяжелая степень нарушения

Б) нормальный уровень развития

В) легкая степень нарушения

Г) средняя степень нарушения

10. Характерны запаздывающее развитие некоторых реакций, и несовершенство «операционно-технических» средств при выполнении отдельных проб на фоне выраженного интереса ребенка к объектам внешнего мира и действиям с ними

(несовершенство движений глаз, их ограниченность, скачкообразное прослеживание, трудности зрительных функций) - это:

А) тяжелая степень нарушения сенсорных функций

Б) средняя степень нарушения двигательных функций

В) легкая степень нарушения сенсорных функций

Г) средняя степень нарушения сенсорных функций

Нормативы развития психических реакций (0-12 месяцев)

1. Умение контролировать положение головы:

А) с 20 недель

Б) с 40 недель

В) с 4 месяцев

Г) с 12 недель

2. Умение контролировать положение рук

А) с 20 недель

Б) с 40 недель

В) с 4 месяцев

Г) с 12 недель

3. Умение контролировать положение туловища

А) с 20 недель

Б) с 40 -44 недели

В) с 13 недель

Г) с 12 недель

4. Умение ходить:

А) с 20 недель

Б) с 40 -44 недели

В) с 13 месяцев

Г) с 9 месяцев

5. Ребенок опирается на руки в положении лежа на животе:

А) с 3 месяцев

Б) с 8 месяцев

В) с 4 месяцев

Г) с 11 месяцев

6. Ребенок может дотронутся до предмета под контролем зрения, длительно удерживать игрушку в руке

А) с 4 месяцев

Б) с 6 месяцев

В) с 8 месяцев

Г) с 9 месяцев

7. Ребенок может сам сидеть, хорошо переворачиваться в любую сторону из любого положения

А) с 4 месяцев

Б) с 6 месяцев

В) с 8 месяцев

Г) с 9 месяцев

8. Ребенок может стоять, придерживаясь за что-либо:

А) с 11 месяцев

Б) с 9 месяцев

В) с 13 месяцев

Г) с 8 месяцев

9. Ребенок ползает на животе, уверенно сидит, сам садится:

А) с 10 месяцев

Б) с 9 месяцев

В) с 13 месяцев

Г) с 8 месяцев

10.Ребенок ходит самостоятельно:

А) с 5 месяцев

Б) с 9 месяцев

В) с 11 месяцев

Г) с 14 месяцев

11.Ребенок смотрит на маму, когда она с ним разговаривает, при этом открывает и закрывает рот, прослеживает горизонтальное движение объекта от середины поля зрения:

А) с 1,5 месяцев

Б) с 1 месяца

В) с 2 месяцев

Г) с 3 месяцев

12.Ребенок следит за двигающимся человеком, прослеживает движение объекта по периферии к центру поля зрения

А) с 1,5 месяцев

Б) с 4 месяцев

В) с 2 месяцев

Г) с 3 месяцев

13.У ребенка развиты реакции глаз: фиксация, конвергенция, фокусировка

А) с 1,5 месяцев

Б) с 1 месяца

В) с 2 месяцев

Г) с 3 месяцев

14. Ребенок поворачивает голову на звук, который слышен на уровне уха, рассматривает руку, следит за разнообразными движениями игрушки

А) с 3 месяцев

Б) с 1 месяца

В) с 6 месяцев

Г) с 5 месяцев

15. Ребенок прослеживает невидимую траекторию объекта, предвосхищает попеременное появление объекта в определенных частях пространства, реагирует на исчезновение объекта, локализует звук:

А) с 3 месяцев

Б) с 1 месяца

В) с 6 месяцев

Г) с 4 месяцев

16. Ребенок улыбается отражению в зеркале:

А) с 2 месяцев

Б) с 7 месяцев

В) с 5 месяцев

Г) с 8 месяцев

17. Ребенок перестает рассматривать руку, рассматривает игрушки, проявляет интерес к новым ярким игрушкам, может иметь любимые игрушки, поворачивает голову на звук, который раздается ниже уха, имитирует звуки, которые воспринимает:

А) с 1 месяца

Б) с 4 месяцев

В) с 8 месяцев

Г) с 6 месяцев

18. Ребенок поворачивает голову на звук, который слышен над ухом, приспосабливает позу, занимает удобную для наблюдения позицию:

А) с 7 месяцев

Б) с 4 месяцев

В) с 8 месяцев

Г) с 11 месяцев

19. Ребенок дифференцирует незнакомых, находит наполовину спрятанный предмет, снимает наброшенный платок, рассматривает одновременно две игрушки, переводя взгляд с одной на другую, удивляется, если предмет исчезает за барьером

А) с 2 месяцев

Б) с 8 месяцев

В) с 12 месяцев

Г) с 6 месяцев

20. Ребенок смотрит в угол за объектом, находит спрятанный перед ним на его глазах предмет, вынимает интересующие вещи из кармана взрослого, если видел, куда их опустили

А) с 10 месяцев

Б) с 9 месяцев

В) с 7 месяцев

Г) с 6 месяцев

21. Ребенок поворачивается на собственное имя, дифференцирует тон, проявляет интерес к картинкам в книге:

А) с 12 месяцев

Б) с 10 месяцев

В) с 7 месяцев

Г) с 4 месяцев

22. У ребенка исчезает хватательный рефлекс, ребенок играет с воображаемой игрушкой или с подвешенными предметами, проявляет пристальное внимание к объектам, появляются движения в руках при виде погремушки, перемещенной в зону непосредственной досягаемости

А) с 6 месяцев

Б) с 3 месяцев

В) с 6 месяцев

Г) с 8 месяцев

23. У ребенка появляется произвольный захват, неспецифические манипуляции и оральные контакты с объектами

А) с 3 месяцев

Б) с 4 месяцев

В) с 6 месяцев

Г) с 7 месяцев

24. Ребенок берет вторую игрушку, но бросает первую, зрительно контролирует манипуляции, все тянет в рот, любит играть с бумагой и другими шуршащими предметами, удерживает бутылочку, пьт из чашки, если ее подносят к губам

А) с 3 месяцев

Б) с 4 месяцев

В) с 6 месяцев

Г) с 7 месяцев

25. Ребенок перекладывает предмет из руки в руку, удерживает две игрушки, берет вторую игрушку, предъявленную со стороны свободной руки, сам удерживает игрушку при зрительном контроле перемещения других объектов

А) с 5 месяцев

Б) с 4 месяцев

В) с 8 месяцев

Г) с 7 месяцев

26. Ребенок берет вторую игрушку, предъявленную со стороны занятой руки, пытается достать предмет из-за барьера, помещенного в одной из половин поля зрения, но использует ближайшую к барьеру руку

А) с 2 месяцев

Б) с 8 месяцев

В) с 11 месяцев

Г) с 4 месяцев

27. Ребенок может взять маленький предмет (фасоль, горошину), появляются первые специфические манипуляции (катает мяч, звонит звонком, подтягивает предметы, снимает кольца с пирамиды)

А) с 10 месяцев

Б) с 5 месяцев

В) с 6 месяцев

Г) с 12 месяцев

28. Ребенок складывает игрушки или объекты в корзину

А) с 11 месяцев

Б) с 10 месяцев

В) с 6 месяцев

Г) с 8 месяцев

29. Ребенок достает предметы из-за барьера, помещенного в одной из половин поля зрения, движением руки, находящейся дальше барьера; у ребенка выражен интерес к книгам, пытается листать, царапает картинки; почти не тянет предметы в рот, часто бросает их на пол

А) с 11 месяцев

Б) с 12 месяцев

В) с 9 месяцев

Г) с 7 месяцев

30. Ребенок активно тянет предметы в рот (оральный контакт с предметами)

А) с 5 до 11 месяцев

Б) с 6 до 12 месяцев

В) с 4 до 12 месяцев

Г) с 2 до 5 месяцев

31. Ребенок проявляет интерес к окружающим, узнает мать, возбуждается и предвосхищает процесс приготовления пищи для него; возможны зрительные и эмоциональные контакты

А) с 1 месяца

Б) с 6 месяцев

В) с 3 месяцев

Г) с 7 месяцев

32. Ребенок инициирует общение, дифференцирует ситуацию «формального общения», прислушивается к речи, поворачивает голову на звуки человеческого голоса

А) с 3 месяцев

Б) с 11 месяцев

В) с 6 месяцев

Г) с 4,5 месяцев

33. Ребенок прослеживает взгляд взрослого, тянет руки, когда хочет, чтобы его взяли на руки, возбуждается, если слышит шаги, отмечаются первые попытки подражания, понимает жест «ручки-ручки»

А) с 11 месяцев

Б) с 7 месяцев

В) с 6 месяцев

Г) с 4,5 месяцев

34. Ребенок имитирует действия и шумы, старается привлечь внимание покашливанием и кряхтением, откликается на имя, может играть в игры с идентичными ролями, сжимает губы, когда не хочет есть

А) с 4,5 месяцев

Б) с 3 месяцев

В) с 8 месяцев

Г) с 7 месяцев

35. Ребенок хватает руку мамы и отталкивает ее, если видит, что она собирается вытереть ему нос, понимает запрет, имитирует звуки

А) с 3 месяцев

Б) с 8 месяцев

В) с 11 месяцев

Г) с 9 месяцев

36. Ребенок прячет руки, если не хочет мыть, любит играть в прятки

А) с 5 месяцев

Б) с 8 месяцев

В) с 9 месяцев

Г) с 11 месяцев

37. Ребенок тянет маму за одежду, требуя внимания, машет «до свидания»; отвечает взглядом или движением на вопрос: «Где папа?», играет в игры с неидентичными ролями, очень ненадолго отдает игрушку, понимает 1-2 звуковых обозначения предметов

А) с 7 месяцев

Б) с 10 месяцев

В) с 11 месяцев

Г) с 12 месяцев

38. Ребенок бросает игрушки, чтобы их подняли и дали ему снова, помогает надевать на себя одежду

А) с 4,5 месяцев

Б) с 11 месяцев

В) с 10 месяцев

Г) с 12 месяцев

39. Ребенок владеет указательным жестом, мотает головой, выражает протест, вокализует в конце и начале совместных действий

А) с 5 месяцев

Б) с 11 месяцев

В) с 12 месяцев

Г) с 8 месяцев

40. Стереотипные раскачивания у ребенка 4 месяцев и старше – это

А) проявления избыточной эмоциональности

Б) признак нормального эмоционального развития

В) патологический симптом

Г) признак эмоциональной депривации

41. Постоянное, навязчивой сосание пальца у ребенка первого года жизни – это:

А) проявления избыточной эмоциональности

Б) признак нормального эмоционального развития

В) патологический симптом

Г) признак эмоциональной депривации

42. Закрывание лица руками при виде взрослого у ребенка первого года жизни (при отсутствии соответствующей игровой ситуации) – это:

А) проявления избыточной эмоциональности

Б) признак нормального эмоционального развития

В) патологический симптом

Г) признак эмоциональной депривации

43. Улыбка появляется у ребенка:

А) на 2-3 неделе

Б) в 2-3 месяца

В) в 10-11 месяцев

Г) в 7 месяцев

44. Ребенок начинает проявлять отрицательные и положительные эмоциональные реакции (крик, плач, кряхтенье)

А) с 11 месяцев

Б) с 2-3 недель

В) с 2 месяцев

Г) с 6 месяцев

45. Первые спонтанные вокализации появляются у ребенка

А) в 2-3 недели

Б) в 2-3 месяца

В) в 5-6 месяцев

Г) в 4-7 месяцев

46. Ребенок начинает использовать спонтанные вокализации в общении со взрослыми

А) в 2- 3 недели

Б) в 1-2 месяца

В) в 2-4 месяца

Г) в 4-6 месяца

47. У ребенка появляется гуление, расширение репертуара случайно произносимых звуков: *а, э, ю, я, м, п, б, т, д,* появляются звукосочетания *а-о-у, ю-а-а*

А) в 2-3 месяца

Б) в 2-4 месяца

В) в 3-4 месяца

Г) в 4,5 месяца

48. У ребенка проявляются вокализации при манипуляциях, требование внимания

А) в 2-3 месяца

Б) в 2-4 месяца

В) в 3-4 месяца

Г) в 4,5 месяца

49. Лепет, звукосочетания типа *дай-дай, та-та-та* появляются у ребенка

А) в 6-7 месяцев

Б) в 2-4 месяца

В) в 3-4 месяца

Г) в 8 месяцев

50. Вокализации в конце и в начале действий, попытки выразить свои желания с помощью звуков появляются у ребенка

А) в 4,5 месяца

Б) в 8 месяцев

В) в 10 месяцев

Г) в 12 месяцев

51. У ребенка отмечаются особые «слова – метки», понятные только матери и ребенку: например, *бах* – падение, *кахн* – бутылочка, *кых* – кошка, появляется способность правильно повторять отдельные слоги, умение произносить 2-3 слова, понимание предметной отнесенности слов

А) в 4,5 месяца

Б) в 8 месяцев

В) в 10 месяцев

Г) в 12 месяцев

6 Материалы для подготовки к практическим занятиям

6.1 Психология людей с нарушением зрения

Изучение особенностей психического развития детей и взрослых людей с нарушениями зрения является предметом такого раздела специальной психологии, как тифлопсихология. В развитие тифлопсихологии внесли неоценимый вклад отечественные психологи – М.И. Земцова, А.И. Зотов, Ю.А. Кулагин, А. Г. Литвак, В. А. Феоктистова, В. М. Сорокин, Т.П. Головина, Л.М. Солнцева.

Врожденное или рано приобретенное нарушение зрения у ребенка в первую очередь сказывается на зрительном восприятии ребенка, что обусловливает недостатки в формировании представлений. Как результат недостаточности представлений возникают особенности мышления.

Как показывают исследования М.И. Земцовой (1967, 1973), А.И. Зотова (1966, 1968, 1970), Ю.А. Кулагина (1962,1967) А.Г. Литвака (1970, 1972), Н.П. Монич (1966), Е.М. Украинской (1966, 1970), В.А. Феоктистовой (1959, 1970, 1972), Н.С. Царик (1971), у слабовидящих детей наблюдается замедленность, фрагментарность и неполнота зрительного восприятия. У слабовидящих детей позднее формируется специфическое узнавание предметов (Т.П. Головина, 1960, 1962). Слабовидящие дети испытывают большие трудности в вычленении существенных признаков предметов, чем это наблюдается у детей с нормальным зрением (М.И. Земцова, 1973).

Вместе с тем, развитие восприятия у слабовидящих детей происходит по тем же основным законам, что и у нормально видящих (Т.Н. Головина, 1960, 1962; Ю.А. Кулагин, 1967). В правильно педагогически организованных условиях слабовидящие дети научаются точно опознавать предметы в совокупности их свойств. Для создания целостных образов объектов важны не только определенные внешние условия восприятия, но и формирование у детей способов обследования объектов, когда ясно осознаются задачи восприятия, выделяются промежуточные

этапы обследования, используются, наряду со зрением, осязание и слух (М.И. Земцова, 1967, 1973; А.Г. Литвак, 1972, Н.С. Царик, 1971).

Мышление слепых и слабовидящих детей играет очень важную компенсаторную функцию. Однако исследованиями отечественных психологов была доказана ошибочность бытующих в конце XIX – начале XX века представлений о более высоком уровне развития логического мышления у слепых по сравнению со зрячими детьми. (С.Ф. Струве, 1810; А.М. Щербина, 1929; А.А. Крогиус, 1926; К. Бюрклен, 1934).

Недостаток конкретных образов предметов у слепых детей, слабая их дифференцированность, ошибочное опознавание случайных признаков, как и существенных, могут обусловливать возникновение неправильных или неточных обобщений, формальных понятий.

Категория людей с нарушенным зрением не является однородной. К лицам с недостатками зрения относятся люди слепые, частично видящие и слабовидящие (Н.Г. Морозова, 1967). Л.И. Солнцева предлагает ориентироваться на педагогические критерии в разделении детей с нарушением зрения на группы. В качестве такового в этом случае выступает ведущая система анализаторов. По большому счету речь идет о том, на какую анализаторную систему – зрительную или осязательную – опираются при обучении чтению ребенка.

Так, если у ребенка визус «0» и сохранно светоощущение, то обучение происходит на основе системы Брайля по учебникам, предназначенным для осязательного восприятия. Это в данной классификации слепые дети. Если же возможно обучение по учебникам на основе зрительного восприятия, то речь идет о слабовидении. Это дети с визусом от 0,05 до 0,4. [2, с. 169]

Кроме того, важным критерием в оценке возможностей использования зрительной анализаторной системы является феномен остаточного зрения. Под остаточным зрением понимается «некое интегральное свойство глубоко поврежденной зрительной системы, особенностью которого является неравнозначность недостаточности различных зрительных функций, лабильность и

неустойчивость отдельных компонентов и зрительного процесса в целом, тенденция к наступлению быстрого утомления» [2, с. 196].

По результатам исследований А.И. Каплан были выделены три формы остаточного зрения.

Первая форма остаточного зрения характеризуется высокими функциональными возможностями, отмечается некоторое сужение поля зрения, трихроматическое цветоразличение со сниженной цветовой чувствительностью.

Вторая форма предполагает наличие периферических скотом, суженного поля зрения, низкие критериальные коэффициенты цветоразличения, яркости и устойчивости.

Для третьей формы остаточного зрения характерно резкое концентрическое сужение поля зрения, центральная скотома или множественные локальные дефекты поля зрения, распространенная патология цветоразличения с диспропорциональным снижением критериальных коэффициентов.

Очевидным достоинством приведенной классификации является ориентация на процесс и характер обучения детей с нарушениями зрения, однако диапазон возможных нарушений зрения крайне широк, возможности использования сохранных компонентов зрительной системы для разных аспектов ориентации в окружающей среде, освоения окружающего пространства, получения разных знаний об окружающем также может быть учтен при классификации детей с нарушением зрения.

А.Г. Литвак приводит классификацию, которую можно охарактеризовать как клинико-педагогическую. Поскольку в ней учтены как фактор ведущей анализаторной системы, так и клинические особенности зрения с учетом специфики и возможностей применения тех или иных элементов остаточного зрения не только для освоения школьной программы, но и обеспечения жизнедеятельности.

Критериями для классификации выступают: острота зрения, поле зрения и время наступления слепоты.

По критерию остроты зрения выделяют категории людей с нарушенным зрением:

1) слепые - острота зрения от 0 до 0,04 включительно;

2) слабовидящие - острота зрения от 0,05 до 0,2.

Среди людей, относящихся к слепым по критерию светоощущения, обычно выделяют:

1) абсолютно или тотально слепых;

2) частично или парциально слепых, имеющих либо светоощущение (способность различать свет и тьму), либо форменное зрение (возможность различения форм, то есть выделения фигуры из фона), острота которого варьируется от 0,005 до 0,04. [1, с. 10-13]

Кроме того, при резком сужении поля зрения, например, до 10° также говорят о практической слепоте.

Особое значение имеет время наступления слепоты. По данному критерию выделяют слепорожденных и ослепших.

К слепорожденным относят людей, потерявших зрение до становления речи, то есть приблизительно до трех лет. Во вторую группу относят людей, потерявших зрение в последующие периоды жизни. «Совершенно очевидно, что, чем позже нарушаются функции зрения, тем меньшим оказывается влияние аномального фактора на развитие и проявление различных сторон психики. Но вместе с тем изменяются, ограничиваются в связи с возрастным снижением пластичности и динамичности центральной нервной системы возможности компенсаторного приспособления» [1, с.15]

Приведенные классификации отражают взаимосвязанные целевые компоненты. Важным является то, для чего создается конкретная классификация. В наиболее общем виде можно говорить о наличии двух таких целевых установок: 1) для определения уровня оказания социальной помощи (группа инвалидности) и 2) для определения возможностей образования. Безусловно, эти целевые установки являются тесно взаимосвязанными, однако не тождественны.

Развитие слепого ребенка протекает своеобразно. Первоначально темп развития слепого ребенка существенно не отличается от темпа развития ребенка с

нормальным онтогенезом. Однако в возрасте 5-6 месяцев начинает отмечаться значительное отставание. В первую очередь это обусловлено ограничением средств организации эмоционально-личностного общения и зрительного восприятия.

В слуховой дифференциации отмечается сначала существенное отставание, а затем, при наличии специально организованного обучения, сглаживание различий с нормальным развитием. С этой целью необходима организация общения ребенка с близким окружением с сочетанием дистантного слухового и контактного осязательного, тактильного восприятия.

Уже в раннем возрасте возникают вторичные отклонения в виде стереотипных движений рук, головы, недоразвития актов хватания. Примечательно, что при раннем начале коррекционного обучения развитие данных отклонений, как и многих других вторичных отклонений, можно предотвратить.

В 1-2 года, в сензитивный период формирования локомоторных функций, отмечается отставание и специфические характеристики пространственных представлений и образования первых понятий.

Следует особо отметить, что в этот возрастной период компенсаторных возможностей для преодоления этих нарушений у ребенка нет. В результате ребенок позже по сравнению со своими нормально развивающимися сверстниками осваивает вертикальное положение тела в пространстве и научается самостоятельно передвигаться. Так, у некоторых слепых детей 3-4 лет может отмечаться неуверенность в принятии вертикальной позы, передвижение может осуществляться методом приставных шагов. Шаги мелкие, при ходьбе – упор на пятки, сложности в переносе массы тела с пяток на носки.

Особое значение для психического развития ребенка с нарушенным зрением имеет образование тактильно-кинестетических ассоциаций. Если речь идет о слепом ребенке, то, как правило, лишь к двухлетнему возрасту возникают специфические манипуляции с предметами. В целом развитие предметных действий у слепых специфично: не только замедлен темп их формирования, но и существует диспропорциональность между пониманием функционального действия и его практическим выполнением. Однако к трехлетнему возрасту в подавляющем

большинстве случаев у ребенка имеются все предпосылки для развития предметной деятельности и оформления ее в деятельность ведущую.

Следует обратить внимание на тот факт, что если некоторые словесные знания о функциональном назначении предметов слепой ребенок может получить самостоятельно, то манипулятивно-двигательным компонентам его надо обучать специально.

И на этом этапе многое, если не все, зависит от качества общения ребенка со взрослыми, от качества коррекционного обучения, и, в частности от речевого развития.

А.Г. Литвак отмечает, что при нарушениях зрения деятельность речевого общения принципиально не нарушается, то есть в наиболее общих чертах овладение речью ребенком с нарушенным зрением происходит также, как и при нормальном онтогенезе. Однако недостаток зрительного восприятия может повлиять на формирование артикуляции звуков (речедвигательных образов звуков), недостаточном освоении семантической стороны языка, нарушениях интонационной стороны речи.

Так, по исследованиям М.Е. Хватцева среди основных фонетических нарушений речи у слепых детей следует отметить: сигматизм -- неправильное произношение свистящих и шипящих звуков (*с, з, ц, ш, щ, ж, ч*) в различных вариантах; ламбдацизм - неправильное произношение звука *л* (замена его звуками *у* или *в*); ротацизм - недостатки произношения звука р; имеют место также нарушения произношения звуков *д, т*.

Учитывая особую роль речи как средства компенсации при нарушениях зрения, Т.Е. Конникова описывает несколько этапов в освоении слепым ребенком смысла слов. В 1,5-2 года слепой ребенок уже использует речь в качестве основного средства общения со взрослыми, компенсируя невозможность реализации невербальных средств общения. В результате, как правило, отмечается бурный рост активного словарного запаса. Более того, усваивается как бы «избыточный» словарный запас. Однако лишь с того момента, когда речевое общение включается в предметную деятельность, возникают предпосылки для качественного скачка в

развитии ребенка. В связи с этим отмечается диспропорциональность в психическом развитии ребенка с нарушениями зрения в раннем дошкольном возрасте. Если у детей с нормальным онтогенезом ведущей деятельностью в этот период является игра, то у слепых детей – это общение со взрослыми. И, при наличии большого словарного запаса, ограниченный запас предметных представлений замедляет темпы возрастного развития ребенка.

В отличие от нормально развивающихся сверстников слепой ребенок даже сенсорными эталонами овладевает не путем манипуляций с предметами, а интеллектуальным путем (Л.А. Венгер).

Именно поэтому с трудом у детей с нарушениями зрения формируется предметность восприятия, планомерность и целенаправленность действий и формирующиеся образы всегда обладают иерархическим соподчинением признаков.

Далее развитие идет по пути совершенствования системы представлений, детализации и иерархизации признаков представлений, совершенствования умений оперировать представлениями.

С опорой сначала на номинативную функцию речи, а к концу среднего дошкольного возраста на обобщающую, это приводит к развитию предметной деятельности.

Интеллектуализация, а именно более активное, по сравнению со зрячими, включение в процессы восприятия элементарного анализа и синтеза как форм наглядно-действенного мышления, позволяет в старшем дошкольном возрасте обогатить и укрепить сенсорную основу предметной деятельности.

В отношении игры также обращает на себя внимание дивергенция биологического и культурального планов развития ребенка (Л.С. Выготский).

Во-первых, на ранних этапах развития игры игровые действия ребенка представляют собой однообразные действия с предметами и игрушками, сопровождающиеся словесным описанием своих действий. Иными словами, игровое действие сначала обобщено, а лишь затем, при приобретении достаточной сенсорной основы, оно оказывается конкретизированным.

Таким образом, психическое развитие ребенка с нарушением зрения в качестве основной имеет особенность. Интеллектуализация оказывается предваряющей формирование предметной деятельности.

И, как результат, выступает тот факт, что, согласно проведенным Л.А. Венгер, В.В. Холмовской и др. исследованиям, слепые дети всех возрастов не уступают своим нормально развивающимся сверстникам по результативности выполнения заданий, однако первичным способом при решении задач является способ мысленного оперирования, «работа по правилу».

Указанные особенности психического развития ребенка с нарушением зрения объясняют и специфичность психических процессов у людей с нарушением зрения.

При глубоких нарушениях зрения первично, как отмечает А.Г. Литвак, страдает фундаментальное свойство отражающей деятельности человека – активность. Явно выражены затруднения орентировочно-поисковой деятельности.

Снижаются объем, переключаемость и устойчивость внимания, хотя при своевременно и правильно организованном обучении данные характеристики внимания в личностно значимой деятельности существенно не отличаются от таковых у зрячих людей. Хотя специфичным является значение некоторых свойств внимания. Так, при ориентировке в большом пространстве необходима хорошая распределяемость внимания, тогда как его концентрация, широко представленная в аналогичных процессах у зрячих, для слепых попросту вредна.

Иначе, чем у зрячих людей, организуется восприятие. В процессе деятельности у слепых складывается тактильно-кинестезически-слуховое ядро сенсорной организации. Аналогичным образом в оптико-вестибулярной установке происходит замена зрительного компонента двигательным.

В отношении представлений можно отметить, что сущность процесса формирования представлений у детей с нарушениями зрения существенно не отличается от таковой у нормально развивающихся сверстников, однако сохранность представлений у слепых и слабовидящих детей значительно ограничена. Представления слепых и слабовидящих отличаются фрагментарностью, схематичностью, значительно более низким уровнем обобщения.

Вопрос о влиянии нарушений зрения на развитие личности ребенка длительное время являлся дискуссионным. В рамках этой дискуссии были представлены две полярные позиции. Так, Ф.И. Шоев утверждал, что слепота на личность не влияет. Л.С. Выготский, придерживаясь теории Адлера о сверхкомпенсации, высказывал мнение о том, что нарушение зрения оказывает своеобразное стимулирующее влияние на личность.

Для слепых отсутствие зрения само по себе не является психотравмирующим фактором, и они не чувствуют себя погруженными во мрак. Психотравмирующим фактором слепота становится только тогда, когда человек вступает в общение с отличающимися от него здоровыми людьми [1]. Нарушение социальных контактов приводит в большинстве случаев к формированию социально-негативных черт характера, как у детей, так и у ослепших в зрелом возрасте. К таким негативным чертам можно отнести искажения в динамике потребностей, связанные с затруднением их удовлетворения, сужение круга интересов, отсутствие или ограниченность внешнего проявления внутренних состояний. На формирование личности влияют: возраст возникновения болезни, характер наступления слепоты, глубина патологии зрения, правильная/неправильная организация воспитания и обучения, а также эффективная реабилитация незрячего. Огромное значение для интеграции незрячего в социум имеют его преставления о самом себе, адекватное сознание дефекта зрения и самооценка. А. Суславичюсом [28], установлено, что переоценка и недооценка соответственных возможностей у лиц с нарушением зрения выражена значительно ярче, чем у зрячих.

А.И. Зотовым было выделено три группы психических явлений, которые отличаются степенью влияния на них имеющегося нарушения зрения. А.Г. Литвак развил и конкретизировал эту тему, в результате чего были выделены такие группы явлений, как психические процессы (мышление и речь), находящихся в опосредованной зависимости от нарушений зрения; психические состояния, включающие в себя эмоции, связанные с осознанием своей особости, отличия от людей зрячих и, наконец, наиболее устойчивые и фактически не испытывающие влияние нарушения зрения темперамент, способности, направленность личности.

Однако, будучи системным социальным свойством субъекта (Б.Г. Ананьев), личность развивается в условиях, которые обязательно учитывают факт нарушений зрения, и как следствие этих условий, личность человека с нарушением зрения во многом определяется качественными характеристиками психолого-педагогической помощи в процессе развития ребенка, имеющего подобные проблемы.

Словарь терминов

Острота зрения - способность глаза видеть раздельно две светящиеся точки при минимальном расстоянии между ними

Поле зрения - пространство, все точки которого видны одновременно при неподвижном взгляде

Светоощущение - это способность зрительного анализатора воспринимать свет и различные степени его яркости.

Скотома – выпадение отдельных участков поля зрения

Цветоразличение – способность глаза различать цвета

Трихомазия – нормальное цветовое зрение, способность в полной мере мере воспринимать цветовой спектр.

Шрифт Брайля - рельефно-точечный шрифт, предназначенный для письма и чтения незрячими людьми.

Список использованных источников:

1. Литвак, А.Г. Психология слепых и слабовидящих: учеб. пособие / А.Г. Литвак ; Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена. - СПб. : Изд-во РГПУ, 1998. - 271 с. ISBN 5-89815-675-5
2. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский [и др].; под ред. В.И. Лубовского. – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 464 с. ISBN 5-7695-0550-8

3. Суславичус А. Влияние социальных условий на формирование социальных установок и установки к себе лиц со зрительным дефектом. Автореферат дисс… канд. псих. наук. / А. Суславичус - Л., 1978 г. – 24 с.

6.2 Психология людей с нарушением слуха

Нарушения слуха различной степени тяжести – довольно частое явление и у взрослых, и у детей. Однако следует выделить две группы возможных нарушений слуха – временное и стойкое.

При таких заболеваниях, как отит среднего уха, ОРВИ, ОРЗ и т.п. часто происходит снижение слухового восприятия, но довольно часто при успешном лечении указанных заболеваний оно проходит, слух возвращается.

Однако по ряду причин временное нарушение слуха может перейти в стойкое. Также причиной приобретенной тугоухости могут стать такие острые инфекционные заболевания, как грипп, эпидемический паротит, инфекционный гепатит, в результате которого развивается хронический гнойный отит, вызывающий в свою очередь поражение звуковоспринимающего аппарата (внутреннего нерва, слухового нерва). Кроме того, стойкие нарушения слуха могут быть наследственными и врожденными.

По данным, которые приводит Л.М. Шипицына, по прогнозам ВОЗ к 2020 году ожидается рост числа людей, имеющих те или иные нарушения слуха более чем на 30 %. Эта тенденция выражена в современной России. По данным 2004 года число таких людей превысило 12 млн. человек, более 600 тыс. из них - дети и подростки. [5, с. 6-7]

Закономерностями развития психики лиц с нарушениями слуха занимается наука сурдопсихология.

История диагностики и классификации нарушений слуха начинается приблизительно с XVI века, когда Д. Кардано выделил три группы глухих в зависимости от времени наступления глухоты и наличия речи:

1) глухие от рождения;

2) рано потерявшие слух (до появления речи);

3) позднооглохшие.

Позднее практика обучения, воспитания, наблюдений за жизнедеятельностью людей с нарушением слуха позволила обратить внимание на важность таких критериев, как степень наличия слуха (Р.А. Сикар, В.И. Флери), возможность восприятия людьми с нарушением слуха неречевых звуков (Ж. Итар), учет уровня интеллектуального развития.

Нарушения слуха в целом могут рассматриваться с медицинской точки зрения, когда значимыми параметрами оказываются: причины нарушений слуха, локализация процесса, течение патологического процесса. Однако социально-психологическое функционирование личности человека с нарушением слуха, его обучение и воспитание заставляет обратить внимание на всю совокупность критериев, выделенных эмпирическим путем за пять веков практики взаимодействия с лицами этой категории.

С этой точки зрения всю совокупность нарушений слуха можно разделить на две большие группы – глухота и тугоухость.

Под глухотой обычно понимается стойкая потеря слуха, при которой невозможно разборчивое восприятие речи даже на самом близком от уха расстоянии и невозможно самостоятельное овладение речью. [1,5]

Тугоухость представляет собой такое нарушение слуха, при котором на основе сохранившихся остатков слуха возможно восприятие обращенной речи, и, как следствие, самостоятельное накопление минимального речевого запаса. [1,5.]

Следует обратить внимание, что термины «глухой» и «тугоухий» чаще применяются в практике медицинской, в практике психолого-педагогической наиболее употребляемы понятия «неслышащий» и «слабослышащий».

Развитие медицинской науки и технических средств диагностики позволило разработать количественные методы оценки снижения слухового восприятия. Для этого производится оценка состояния восприятия частот в речевом и неречевом диапазоне. В нашей стране наибольшее распространение в практике получили

классификация нарушений слуха, предложенная Л.В. Нейманом. Количественная оценка нарушений слуха позволяет решать практические задачи выбора учреждения (общеобразовательная школа, специальная коррекционная школа I или школа II вида), дозировки слуховой нагрузки в процессе обучения.

Слуховая чувствительность определяется средним слуховым порогом в децибелах (дБ) для чистых тонов на частотах 500, 1000 и 2000 Гц.

Условная граница между глухотой и тугоухостью (слабослышащие люди) находится на уровне 85 дБ.

Если потеря слуха у ребенка до 60 дБ, то ему рекомендовано учится в обычной общеобразовательной школе (только при понижении слуха в пределах 40-60 дБ желательно использовать ребенку слуховой аппарат) согласно школьной классификации остроты слуха G. Beckmana.

Согласно классификации Л.В. Неймана выделяется 4 группы глухих:

1 группа – люди с нарушением слуха, воспринимающие звуки до 250 Гц;

2 группа – люди с нарушением слуха, воспринимающие звуки до 500 Гц;

3 группа – люди с нарушением слуха, воспринимающие звуки до 1000 Гц;

4 группа – люди с нарушениями слуха, которым доступно восприятие звуков в широком диапазоне частот, т.е. до 2000 Гц и выше.

Люди с 1 и 2 группой глухоты (с минимальными остатками слуха) оказываются способны воспринимать лишь громкие звуки у уха или на очень небольшом расстоянии – голос повышенной или разговорной громкости, удары в барабан др,, различать на слух знакомые слова, резко противопоставленные по временным и ритмическим характеристикам в условиях ограниченного выбора после неоднократного предъявления образца звучания. Глухие 3 и 4 группы могут реагировать у уха или на небольшом расстоянии (до 15-20 см) – на звучания, разнообразные по своей частотной характеристике (голос разговорной громкости, некоторые музыкальные игрушки и инструменты и др.), а также различать на слух знакомые слова, более близкие по звучанию (с одинаковой слоговой структурой, но разным местом ударения) в условиях ограниченного выбора после неоднократного предъявления образца звучания.

Таким образом, если человек воспринимает звуки речевого диапазона, то его относят к категории тугоухих. По Л.В. Нейману выделяют три степени тугоухости по критерию громкости воспринимаемой речи.

1 степень тугоухости - снижение слуха не превышает 50 дБ. Диапазон воспринимаемых частот 125 – 8000 Гц, возможно восприятие речи разговорной громкости на расстоянии более 1 метра. Общение доступно.

2 степень тугоухости – снижение слуха до 70 дБ, возможно восприятие речи разговорной громкости на расстоянии менее 1 метра, общение значительно затруднено.

3 степень тугоухости – снижение слуха превышает 70 дБ, речь разговорной громкости воспринимается как неразборчивая, общение возможно при помощи громкого голоса на очень близком от уха расстоянии (15-20 см). [4]

Педагогическая классификация детей с нарушениями слуха была создана в сороковые годы 20 века Р.М. Боскис. Данная классификация опирается на следующие принципы:

1. Нарушение функций слухового анализатора у ребенка рассматриваются как отличные от таковых у взрослых людей.

2. Учитывается возможность самостоятельного овладения речью при данном состоянии слуха.

3. Критерием оценки деятельности слуховой функции выступает возможность использования остаточного слуха.

Степень и характер речевого недоразвития при нарушениях слуха обусловлены совокупностью причин: степень снижения слуховой функции, время поражения, условия воспитания и жизнедеятельности ребенка после потери слуха, индивидуальные особенности. В соответствии с названными критериями выделяют следующие группы.

Первая группа - глухие (раннооглохшие) дети, родившиеся с нарушенным слухом или потерявшие слух до начала речевого развития или на ранних его этапах. К этой группе относят детей с такой степенью потери слуха, которая лишает их возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею. Они

овладевают зрительным (чтение с губ) и слухозрительным (при помощи звукоусиливающей аппаратуры) восприятием словесной речи только в условиях специального обучения.

Вторая группа - позднооглохшие дети, «глухие, сохранившие речь» (Р.М. Боскис, 1963) - те, кто потерял слух в том возрасте, когда речь уже была сформирована. У них может быть разная степень нарушения слуха и разный уровень сохранности речи, поскольку при возникновении нарушения слуха без специальной педагогической поддержки речь начинает распадаться. Эти дети имеют навыки словесного общения. Важным для них является освоение навыков зрительного или слухозрительного восприятия словесной речи. Развитие мышления в большей степени сходно с его развитием у слышащих детей, чем у раннооглохших. Это сходство оказывается тем большим, чем лучше сохранены речевой запас и связанные с ним возможности отражения действительности при помощи словесных обобщений (Р.М. Боскис, 1963).

Третья группа - дети с частичной потерей слуха - слабослышащие (тугоухие). В зависимости от степени сохранности слуха некоторые из них могут в какой-то мере самостоятельно овладевать речью, но такая речь обычно имеет ряд существенных недостатков, которые подлежат коррекции в процессе обучения. Значение зрительного восприятия речи возрастает в зависимости от тяжести нарушений слуха.

Приведенные классификации позволяют констатировать, что в зависимости от степени снижения слуха, времени поражения, психическое развитие ребенка будет характеризоваться своеобразием. Однако можно выделить некоторые общие закономерности психического развития, характерные для всех групп детей со снижением слуховой функции.

У детей с нарушением слуха обнаруживаются трудности в формировании движений в связи с нарушением слухового анализатора, которому принадлежит ведущая роль в контроле за точностью, ритмичностью, скоростью движений. Кроме того, замедленность формирования кинестетических восприятий, возникающая в связи с нарушением взаимодействия анализаторов (кинестетического, зрительного,

слухового), а также нередко обусловленная и поражением вестибулярного аппарата, приводит к трудностям осуществления произвольных действий, лежащих в основе любой деятельности.

В процессе выполнения какой-либо деятельности у глухих учащихся наблюдаются трудности в соотнесении цели деятельности, результата и рациональных способов осуществления этой деятельности.

Недостаточная целенаправленность деятельности приводит к некритичности в оценке результатов деятельности, обнаруживаются затруднения в самостоятельном выполнении действий по образцу или указанию учителя.

У глухого ребенка, также как у слышащего, применительно к каждому возрастному этапу, возникает ведущая деятельность, в ходе которой создаются наиболее благоприятные условия для формирования психических процессов и личности ребенка.

В младенческом возрасте у глухого ребенка отмечаются трудности формирования предметных действий. До трех месяцев его взгляд остается «плавающим», недостаточно сосредотачивается на предмете. «Комплекс оживления» оказывается неярко выраженным. Только к пяти месяцам глухой ребенок выделяет из окружающих объектов интересующие его предметы, однако не дифференцирует их свойства. Воспринимает лишь те предметы, которые находятся в поле его зрения.

До овладения речью действия с предметами у глухого ребенка носят преимущественно подражательный характер.

В возрасте года у детей с нарушенным слухом наблюдается дефицит движений, недостаточность пространственных представлений.

Развитие предметной деятельности начинается с овладения ребенком схватыванием, развитием тонкой моторики пальцев рук. У глухих детей отмечаются трудности манипулирования мелкими предметами, неуверенность действий с ними, поверхностность интереса к действиям с предметами, отсутствие в предметной деятельности конечного результата.

У глухих детей дошкольного возраста, также, как у слышащих, ведущей деятельностью является игра, хотя предметные действия сохраняют свое значение и на более поздних этапах развития ребенка.

В играх глухих детей обнаруживается сходство с играми слышащих. Однако в силу обедненности восприятия мира и речевого общения игры глухих дошкольников дольше задерживаются на уровне предметно-процессуальных, сюжетные игры однообразнее и проще. Преобладают бытовые игры, не полностью отражающие взаимоотношения людей, в них часто проявляется подражание, даже в мелочах, действиям окружающих без достаточного вычленения существенного в предметах. Глухие дети испытывают трудности при игровом замещении предметов. Задержка в развитии речи, приводящая к отставанию в развитии воображения, мышления затрудняет создание новых игровых ситуаций.

В школьном возрасте значение игровой деятельности сохраняется, диапазон игр значительно расширяется. Более того, в учебной деятельности длительное время сохраняются игровые мотивы, желание получить похвалу учителя. Учебная деятельность не сразу осознается глухим учеником как деятельность, необходимая для приобретения знаний.

При условии адекватного коррекционного обучения постепенно учебная деятельность преобразуется в содержательное и целенаправленное приобретение знаний и умений и навыков общаться с помощью устной речи, осознание ее необходимости.

В трудовой деятельности неслышащих обнаруживается своеобразие. Оно проявляется как в выполнении трудовых действий, так и в динамике образования соответствующих навыков. Обнаруживается тенденция к замедленности темпа действий. В начальный период овладения двигательными навыками отмечается их недостаточная сформированность, низкая эффективность использования учащимися информации, получаемой при измерениях, для управления процессом работы. В большей мере обращает на себя внимание затруднения в использовании словесной информации для организации собственной деятельности. Тем не менее, потенциально людям с нарушением слуха доступно освоение большого количества

специальностей, особенно в условиях организации рациональных форм предъявления им профессиональной информации.

Отмечаются определенные особенности в развитии внимания детей с нарушением слуха. Избирательное восприятие исходной информации в силу нарушения функции слухового анализатора происходит медленнее, чем у слышащих. Объем внимания, развитие его устойчивости формируется в более медленном темпе. Школьники с нарушением слуха значительно чаще, чем слышащие, совершают ошибки при вычленении необходимой информации. Обнаруживается своеобразие и в развитии такого свойства внимания, как переключаемость, обусловленного характером новой деятельности, на которую оказывает влияние предыдущая деятельность и другие системы связей.

Кроме того, характерен для школьников с нарушением слуха больший период врабатываемости и большая утомляемость. С возрастом наблюдается развитие основных свойств внимания, однако различия полностью не исчезают.

В условиях специально организованного обучения детей с нарушениями слуха учитываются особенности их внимания.

В частности, особое значение имеют приемы и средства обучения, адресованные к зрительному вниманию. В связи с этим особым образом (полукругом) располагаются парты в классе, чтобы дети могли видеть друг друга и учителя, используются разнообразные наглядные средства. Также придается большое значение развитию слухового внимания детей, имеющих различную степень потери слуха, что достигается использованием звукоусиливающей аппаратуры и специальными коррекционными занятиями.

Для развития всей познавательной сферы неслышащих детей, огромное значение имеет развитие речи, с помощью которой формируется произвольное внимание детей.

У ребенка, имеющего нарушение слуха, процесс развития ощущений и восприятия протекает по тем же общим закономерностям, что и у нормально развивающегося ребенка. Вместе с тем, у детей с полной или частичной потерей

слуха, имеются определенные особенности в развитии сенсорно-перцептивной сферы.

Главным отличием сенсорной организации неслышащего ребенка от таковой у слышащего является выключение из анализаторных систем слухового анализатора - одного из важнейших источников получения информации. В результате тонус коры больших полушарий головного мозга оказывается сниженным. Отсутствие слуха лишает ребенка возможности получения ощущений от огромного звукового многообразия окружающего мира, что приводит к нарушению информационного баланса между средой и организмом. Следствием этого в свою очередь выступает снижение скорости приема и переработки информации через различные анализаторы. Так, отмечается замедленность восприятия зрительных сигналов, тактильной информации

Однако с возрастом эти особенности в значительной степени сглаживаются.

В определенной степени нарушается характер и динамика словесных обобщений, недоразвитие речи затрудняет вербализацию вырабатываемых условных связей. Способы восприятия, формирующиеся через овладение словесными обобщениями, у глухих детей развиваются замедленно, обнаруживаются трудности в анализе и синтезе воспринимаемого материала.

Эти особенности проявляются на начальном этапе развития неслышащих детей, с возрастом при своевременно и грамотно организованном коррекционном обучении это преодолевается.

Вырабатываются новые связи между анализаторами. Так, при глухоте функцию слуха при восприятии устной речи выполняет зрительный анализатор, хотя его собственная функция оказывается недостаточной для приема речевой информации. В связи с этим огромное значение приобретает рече-двигательный анализатор.

В зависимости от степени нарушения слуха зрительное восприятие устной речи дополняется слуховым. Компенсация утраченной или нарушенной слуховой функции, происходит в условиях специального развития других видов

чувствительности. Большое значение имеет специальное обучение детей с недостатками слуха.

Зрительное восприятие неслышащих детей, лишенных слуха с рождения, развивается в особых условиях - отсутствия связей между слуховыми и зрительными воздействиями и в условиях задержки в формировании речи, что приводит к определенному своеобразию в развитии зрительного восприятия: снижению скорости восприятия, его обедненности, неполноте анализа и синтеза воспринимаемого материала, затруднениям в определении пространственно-временных отношений, трудностям опознания предметов, воспринимаемых в необычном ракурсе.

При восприятии изображений у глухих младших школьников наблюдаются трудности восприятия и понимания взаимоотношений персонажей картины. Наиболее распространенным является такой тип описания картины, для которого характерно обедненное понимание основного смысла и рядоположенное перечисление изображенных объектов.

Зрительное восприятие неслышащих детей значительно развивается с возрастом в процессе обучения и в связи с развитием всех функций речи.

Компенсирующая роль речи заключается в управлении восприятием, в его уточнении, в формировании понятийных компонентов системного образа.

Поражение функции слухового анализатора отрицательно сказывается на деятельности двигательного анализатора.

Глухие дети в дошкольном и младшем школьном возрасте по физическому развитию отстают от своих слышащих сверстников. Многие моторные акты формируются при условии тесного взаимодействия зрительного, слухового, тактильного и кинестетического анализаторов. У глухих и слабослышащих детей нарушения моторики могут иметь вторичный характер в связи со слабостью кинестетических ощущений, дефектностью вестибулярной функции, определяющей недостаточность равновесия и координации движений.

Выключение слуха удлиняет процесс формирования двигательного навыка, создает затрудненные условия его формирования, в связи с тем, что слуховой

контроль помогает выработке точных, четких движений, позволяет соизмерять свои мышечные усилия со свойствами предметов. У глухих детей дошкольного и младшего школьного возраста можно наблюдать шаркающую походку, неправомерно резкие движения при перемещении предметов, неловкость движений, нарушение координации.

Выработка кинестетического контроля в отсутствие слухового более сложна, чем в условиях нормального развития.

В наибольшей степени страдает функция равновесия, наблюдается отставание от нормы более чем в 3—5 раз. У многих глухих детей наблюдается поражение вестибулярного аппарата, который обеспечивает сохранение определенного положения тела в пространстве. Функция равновесия у этих детей развивается преимущественно с опорой на зрение.

Особенности двигательной сферы глухих являются следствием ряда причин первичного и вторичного характера: отсутствия слуха как фактора, участвующего в процессе формирования пространственной ориентировки и снижение объема словесной информации, играющей существенную роль в процессе формирования движений. Для развития кинестетических ощущений и восприятий большое значение имеет осмысливание совершаемых движений, их анализ, что достигается оречевлением выполняемых движений.

Особое значение для неслышащего ребенка приобретают рече-кинестестетические ощущения и восприятия - кинестетический контроль в процессе овладения им устной речью (при овладении произносительной стороной речи и при восприятии речи при чтении с губ).

К среднему школьному возрасту осязательное восприятие глухих значительно совершенствуется.

У неслышащих детей обнаруживается сужение круга представлений за счет полного или частичного выпадения слуховых представлений, которые в определенной степени компенсируются в процессе развития вибрационной чувствительности и слухового восприятия.

Представления у детей с нарушением слуха, также как у слышащих, объединены в группы, образовавшиеся в прошлом опыте ребенка, но отдельные представления более самостоятельны внутри группы, так как связи между представлениями недостаточно устойчивы. Эти связи часто устанавливаются по смежности, по внешнему сходству, а не по смыслу.

Обнаруживаются трудности в формировании умения мысленно оперировать образами предметов. У школьников с нарушением слуха на протяжении всего периода обучения в школе умение произвольно оперировать образами формируется с большими трудностями, чем у слышащих и это напрямую обусловлено объемом и сложностью материала.

Эти трудности объясняются, прежде всего, недостаточным и замедленным развитием речи у глухих детей, которая из-за недостаточной свободы функционирования не выполняет в полной мере функцию произвольного регулирования зрительных образов, их отбора, сличения, удержания.

Своеобразно протекает и процесс сохранения представлений. С течением времени представления подвергаются более значительным изменениям, чем у слышащих. Обнаруживается тенденция к сглаживанию различий между представлениями, к их уподоблению.

У глухих и слабослышащих детей с недостаточным уровнем развития речи наблюдаются трудности формирования обобщенных представлений в связи с недостаточным осмыслением воспринимаемого материала, отношений и связей между частями объекта или между объектами.

С возрастом своеобразие зрительных образов уменьшается, однако удержание в памяти сложного наглядного материала, его мысленное переконструирование продолжает вызывать значительно большие трудности, чем у слышащих сверстников.

Особенности запоминания, узнавания и воспроизведения наглядного материала в большей степени проявляются у детей с нарушением слуха дошкольного и младшего школьного возраста. Они чаще, чем слышащие, смешивают сходные объекты, что приводит к менее точному их узнаванию и

воспроизведению. Произвольное воспроизведение материала затрудняет детей, так как они недостаточно используют приемы опосредствованного запоминания и осмысления материала.

Наблюдается недостаточно тесная связь между словом и образом.

Наибольшее своеобразие наблюдается в развитии словесной памяти. По эффективности запоминания словесного материала дети с нарушением слуха значительно уступают слышащим сверстникам во всех возрастных группах.

При запоминании слов глухие дети испытывают трудности удержания в памяти звуко-буквенной последовательности, искажают буквенный состав слов, уподобляют одни слова другим, похожим по внешнему облику, допускают замены и перестановки букв и слогов, в меньшей степени группируют слова по смыслу, редко употребляют опосредствованные способы запоминания.

С большим трудом глухие дети запоминают связные тексты, особенно рассказы, включающие причинно-следственные отношения между событиями. На успешность запоминания текстов влияет уровень владения глухими детьми грамматической структурой предложений, соподчиненной системой значения слов, а также глубина понимания текста.

В связи с неумением осуществлять мыслительную переработку запоминаемого рассказа при произвольном заучивании текста, наблюдается комбинированный способ запоминания - как на основе осмысления логических связей в тексте, так и на основе механических связей (пространственно-временных), на основе запоминания последовательности слов во фразах. Это приводит к разрушению целостности при воспроизведении материала.

Особенности развития словесной памяти детей с нарушением слуха находятся в тесной зависимости от уровня развития их словесной речи.

Развитие мышления детей с нарушением слуха подчиняется общим закономерностям развития детского мышления, но имеет и значительное своеобразие.

Замедленность и трудности овладения речью сказываются на развитии всех форм мышления, в том числе наглядно-образного и понятийного мышления.

Дети с нарушением слуха более медленно, чем слышащие, овладевают обобщенными способами предметных действий при решении различных практических задач; проявляют склонность к привычным, стереотипным способам решения без учета изменяющихся условий задачи, испытывают трудности перехода от предметно-действенных форм анализа и синтеза к мысленным и обратно, затрудняются в переносе усвоенного способа действия в новую ситуацию. На протяжении всего дошкольного возраста сохраняются способы решения методом проб, которые часто оказываются недостаточно целенаправленными.

Решение наглядных задач с трудновычленяемыми существенными признаками продолжает затруднять школьников с нарушением слуха даже в старшем школьном возрасте. Меньшая успешность решения определяется недостаточным развитием внутренней речи как средства мышления. В связи с этим неоправданно долго сохраняются трудности перехода от предметно-действенных к мыслительным формам интеллектуальных операций и обратно, долго не формируется необходимая обратимость связей между предметами, признаками, действиями и их обозначениями.

В результате возникают трудности осуществления анализа и синтеза, обобщения и дифференцировки наглядных ситуаций. Значительные затруднения возникают в овладении понятиями разной степени обобщенности, особенно относительными понятиями, в формировании системы понятий.

Выделение общих признаков предметов и их объединение по смысловым связям очень затрудняет глухих и слабослышащих детей в начале их школьного обучения. Часто возникают обобщения по ситуационному (или по случайному) признаку, а не по общей родовой или видовой принадлежности.

Особые трудности испытывают дети с нарушением слуха при переосмыслении усвоенных ранее понятий, знаний. Трудность разноаспектного осмысления одних и тех же объектов и включения их в разные системы связей отражает недостаточную динамичность и гибкость мышления детей с разной степенью потери слуха. Глухие дети значительно отстают в формировании умения мыслить в двух направлениях: от предмета к словесному значению, к понятию и от этих обобщений к предмету.

Вызывает затруднения нахождение в предметах тех признаков, которые можно назвать ранее усвоенным обобщающим словом.

К старшему школьному возрасту подростки с нарушениями слуха успешнее вычленяют в предметах общие, существенные признаки и обобщают их, однако своеобразие и в этом возрасте проявляется при решении более сложных задач. С трудом овладевают логическими связями и отношениями между явлениями, событиями, поступками людей. Хотя младшие школьники понимают причинно-следственные отношения применительно к наглядной ситуации, однако не умеют выявлять скрытые причины каких-либо явлений. Обнаруживается склонность к упрощению, искажению существенных отношений между предметами, явлениями, событиями.

Большие различия между глухими и слышащими детьми возникают при выполнении заданий, где требуется сделать умозаключение о причине, следствии или цели события на основе сопоставления сведений, содержащихся в разных местах рассказа. Часто смешивают причину события и его следствие, нередко в их описаниях встречается лишь перечисление обстоятельств, сопутствующих данному событию. Во многих случаях глухие дети склонны привлекать для объяснения причин поступков людей сведения, известные им из их привычного жизненного опыта, хотя такие сведения могут иметь лишь внешнее сходство с содержанием рассказа.

Для глухих детей с низким уровнем развития речи характерен такой тип речемыслительной деятельности, в котором проявляется неполный учет всех обстоятельств, описанных в тексте, недостаточное углубление во все связи и отношения.

Значительно затрудняет глухих и слабослышащих понимание переносного смысла различных образных выражений, метафор, пословиц, поговорок, анекдотов. Наиболее характерно буквальное понимание этих выражений или адекватное их понимание лишь в данной, конкретной ситуации.

Также у детей и подростков с нарушением слуха большие трудности возникают в анализе и синтезе материала, особенно сведений, сообщенных в

словесной форме, часто ограничиваются неполным выделением общих и/или специальных признаков. Умение анализировать развивается с возрастом в связи с развитием словесной речи в том же направлении, что и у нормально слышащих детей.

При сравнении объектов дети рассматриваемой категории в большей степени стремятся выделять различие, чем сходство, часто переходят от сравнения двух объектов к описанию одного из них; сопоставляют объекты, в основном, по их внешним признакам; в условиях усложнения задания опираются также на функциональные свойства объектов; количество высказываний о сравниваемых предметах у глухих детей значительно меньше, чем у слышащих.

Умение осмыслить и выделить сходство предъявляемых предметов значительно совершенствуется к среднему и старшему школьному возрасту. Более длительное время обнаруживаются трудности сравнения объектов не на основе их непосредственного восприятия, а по представлению.

Часто обобщения у глухих и слабослышащих детей оказываются неточными, так как основываются на фрагментарном анализе предметов и на нерасчлененно целостном их восприятии. Выделение общих признаков предметов и их объединение особенно затрудняет глухих детей в начале их обучения в школе, к концу обучения в младших классах совершенствуется самостоятельное абстрагирование и обобщение признаков предметов.

Неслышащие дети обнаруживают значительные возможности мышления при оказании помощи взрослыми. В условиях специально организованного формирования речи как средства мыслительной деятельности, в ходе овладения системами конкретных понятий, логическими терминами, словами разной меры обобщенности, овладения началами иерархичной структурой понятий происходит переход от конкретно-понятийной формы мыслительной деятельности к абстрактно-понятийной.

Особенности воображения детей с нарушением слуха обусловлены замедленным формированием их словесной речи и абстрактного мышления. Хотя зрительные образы глухих детей достаточно полноценны, в то же время

наблюдаются трудности отвлечения от конкретных ситуаций, трудности творческой переработки имеющихся представлений, создания новых образов.

В процессе воссоздающего воображения обнаруживаются у данной категории детей нарушения пространственных отношений между объектами, расположение объектов в рисунках детей относительно друг друга оказывается искаженным, не соответствующим описанию. Прежде всего, это объясняется недоразвитием речи, неумением перестраивать имеющиеся в своем прошлом опыте представлений в соответствии со словесным описанием. В результате, по наблюдениям педагогов, многими детьми в рисунки к текстам вносятся объекты, знакомые из прошлого жизненного опыта, но не соответствующие тексту.

Основные трудности обнаруживаются в создании глухими школьниками образов далекого прошлого, исторических событий.

Творческое воображение неслышащих развивается со значительным своеобразием, что выражается в трудностях реконструкции словесных текстов, отвлечения от конкретных ситуаций, трудности понимания образных выражений.

Отмечается неумение выполнять замены объектов, описанных в тексте, в соответствии с их глубинным смыслом. В подавляющем большинстве случаев также замены осуществляются по внешним признакам, изменения в ситуацию, как правило, не вносятся.

Своеобразие проявляется и в рамках обучения письменной речи. В собственных сочинениях, письмах глухие школьники опираются, преимущественно, на образы памяти, элементы выдумки занимает в них меньшее место.

Способность с помощью воображения проникать во внутренний мир другого человека формируется у глухих школьников позднее, чем у слышащих.

Отрицательно сказывается на развитии воображения обеднение сенсорного опыта ребенка в связи с нарушением деятельности слухового анализатора, а также недостаточная сформированность в способности к переконструированию, комбинированию этого опыта. Наблюдается большая стереотипность, шаблонность воображения школьников с нарушениями слуха, большая привязанность к заданным

моделям, образцам действий, трудности трансформации операциональных компонентов воображения.

Проблема изучения личности глухого как социальная проблема впервые была поставлена и осмыслена Л.С. Выготским, который обосновал положение о том, что интеграция личности неслышащего в общество слышащих может осуществляться только путем его включения в разнообразную социально-значимую деятельность.

Нарушение слуховой функции накладывает определенный отпечаток на развитие личности неслышащего, ставит его в специфические условия существования в социальной сфере, сужает круг общения, ограничивает диапазон социальных связей. Возникает своеобразие субъективных отношений человека с недостатками слуховой функции к окружающему миру и к самому себе.

В результате недостаточного развития речи, меньшего объема знаний, которыми располагает ребенок с нарушениями слуха по сравнению со слышащими сверстниками, а также ограниченностью общения с окружающими, обнаруживается более замедленный темп становления личности неслышащего.

Это проявляется в относительной узости познавательных интересов, в недостаточной осведомленности о различных областях жизни общества.

Более длительное время сохраняется неадекватность самооценки. Самооценки и оценки товарищей нередко бывают ситуативными, часто зависят от мнения педагога, наблюдаются случаи некритичности самооценок, преобладает завышенная самооценка даже у старшеклассников.

Неустойчивостью и неадекватностью отличается и уровень их притязаний, который часто не соответствует возможностям неслышащих школьников и является завышенным. Уровень притязаний глухих учащихся в учебной деятельности характеризуется высокой лабильностью, особенно заметной в младшем школьном возрасте.

С возрастом устойчивость оценок и критичность неслышащих детей повышаются.

Глухие дети сравнительно поздно узнают о своем дефекте. Известно, что маленькие глухие дети не догадываются о роли слухового анализатора в общении с

окружающими. Лишь постепенно они осознают значение слуха для познания окружающей действительности, для общения.

Первые признаки осознания своего дефекта и связанные с этим переживания отмечаются в возрасте 6—8 лет. У младших школьников проявляется эмоционально-волевая незрелость, что выражается в склонности к аффективным взрывам, подражательности, внушаемости и др. Эти проявления уменьшаются к подростковому и юношескому возрасту.

Морально-этические представления глухих, хотя в целом соответствуют социальным критериям общества, тем не менее, отличаются некоторой односторонностью, преимущественным пользованием конкретными понятиями без учета промежуточных, относительных оценок.

Использование словесных обозначений определенных эмоций осуществляется глухими младшими школьниками лишь в хорошо знакомых жизненных ситуациях. Определение причин каких-либо эмоций значительно затрудняет детей, обычно называются отчетливо внешне выраженные обстоятельства.

Развитие эмоциональной сферы неслышащего школьника задерживается из-за малой доступности выразительной стороны речи и музыки, больших трудностей приобщения к литературе.

Вместе с тем, следует отметить значительные возможности выражения эмоций в мимике и пантомимике, используемых глухими детьми в общении.

В процессе коррекционно-развивающей работы с детьми с нарушениями слуха происходит совершенствование понимания эмоциональных состояний и чувств человека.

В процессе развития способностей глухих детей обнаруживаются большие индивидуальные различия в уровне и характере развития интеллектуальных способностей, а также в формировании специальных способностей к различным видам конкретной деятельности.

Традиционно, начиная с 16 века, различали два метода обучения глухих – «жестовый» и «чистый устный» методы.

Жестовый способ предполагал обучение глухих на основе жестового языка (определенный жест является эквивалентом слова) и дактилологии (пальцевой азбуки, каждая буква алфавита которой соответствует определенному пальцевому знаку). С помощью чистого устного метода глухих учили говорить «без рук», используя только устную и письменную речь. В настоящее время изменились методики, технологии, техническая оснащенность процесса воспитания и обучения детей с нарушением слуха, но суть методов во многом осталась прежней.

Необходимо отметить, что основные подходы к обучению дошкольников с нарушением слуха в отечественной педагогике базируются на исследованиях российских ученых психологов, сурдопедагогов и во многом схожи. Авторы всех методик обучения считают принципиальным учет закономерностей психофизического развития дошкольников, обеспечение всестороннего развития на основе коррекции имеющихся проблем, раннее начало обучения глухих и слабослышащих детей, создание «речевой среды» для формирования речи. Но существуют и различия в методиках обучения и воспитания, которые могут, в дальнейшем, повлиять на возможности полноценной адаптации в обществе слышащих людей.

Первая методика воспитания и обучения глухих (слабослышащих) детей дошкольного возраста применяется во всех государственных детских садах компенсирующего вида для глухих или слабослышащих детей. В группы (не более 6 детей), которые комплектуются по решению психолого-медико-педагогических комиссий в сурдоцентрах (городских, областных, районых), принимаются глухие и слабослышащие дети в возрасте от 1,5-2 лет, срок обучения от 4 до 5 лет. Детские сады компенсирующего вида, как правило, учреждения интернатного типа. Дети находятся в саду в течение недели, родители общаются с ними по выходным дням. Положительным является то, что ребенок с нарушением слуха находится в системе специального воспитательно-образовательного процесса. Специалисты создают условия для компенсации развития глухих и слабослышащих детей. При обучении речи сурдопедагоги используют такие вспомогательные формы речи как письменная, дактильная (пальцевая азбука). К сожалению, определенная

замкнутость учреждения, узкий круг общения, обедненность эмоциональными впечатлениями, недостаток общения с родителями не всегда позволяют получить высокие результаты по реабилитации дошкольников с нарушением слуха. В основе данной методики - так называемый концентрический принцип обучения глухих произношению, разработанный Ф.Ф. Рау и Н.Ф. Слезиной. Исходными и основными единицами обучения произношению, согласно данному принципу, служат целые слова и фразы. При этом ведется работа и над такими элементами речи, как слоги и фонемы.

Применительно к дошкольникам, согласно этому методу, все 42 фонемы русского языка разделены не на два, а на три концентра:

1-ый концентр составляет 11 звуков русского языка;

2-ой концентр – 17 звуков;

3-ий концентр – остальные звуки.

Эти концентры определяют последовательность постановки звуков. Необходимость установления именно такой последовательности работы объясняется характером общей системы обучения детей речи.

С одной стороны, глухому ребенку нужно скорее обеспечить возможность пользоваться не только дактильной, но и устной формой речи. С другой стороны, если за короткий отрезок времени поставить детям большое количество звуков, это повлечет за собой снижение внятности произношения в целом. Кроме того, аналитическая деятельность, необходимая для противопоставления звуков, ограничивается возрастными особенностями детей.

Поэтому, следуя концентрическому методу, или сокращенной системе фонем, детей сначала учат точно произносить только часть звуков – так называемые основные звуки. Все остальные звуки временно произносятся приближенно, то есть заменяются родственными основным. При отборе звуков учитывается доступность их постановки, применительно к детям разных возрастов, место каждого звука в общей последовательности звуков, употребительность в речи данного «основного» звука и заменяемых им звуков

Вторая методика, так называемая, методика Э.И. Леонгард. Эта методика была разработана в конце 60-х годов XX века. Авторы доказали значительные возможности семейного воспитания детей с нарушением слуха.

Раннее начало общеразвивающей и коррекционной работы осуществляется при самом активном участии родителей (в соответствии с методическими рекомендациями «Заданиями для родителей»). Создание речевой среды в семье, использование правильно подобранных слуховых аппаратов для развития речевого слуха, который становится основой для развития речи (навыков слухо-зрительного восприятия речи, формирования словарного запаса, навыков коммуникации, формирования произношения), позволяют создать условия для возможно более раннего включения глухих детей в среду слышащих. Дошкольники, обучающиеся по методике Э.И. Леонгард, как правило, посещают обычные детские сады или специальные группы, созданные в дошкольных учреждениях общего типа. Индивидуальную работу с детьми проводят сурдопедагоги, владеющие данной методикой. Необходимо еще раз подчеркнуть, что главную роль в обучении и воспитании слабослышащего малыша играют родители. Сурдопедагог лишь направляет и помогает семье. Безусловно, это большая ответственность и значительная затрата времени и сил родителей. Не каждая семья принимает решение взять такую ответственность за будущее ребенка на себя.

В последнее время активно начинают использоваться билингвистический метод обучения и верботональная методика.

Билингвистический метод обучения детей с нарушением слуха (эксперимент ведется в России с 1992г.) основан на признании права глухого человека на выбор своего стиля жизни, способа общения, на реализацию себя как своеобразной и самоценной личности. В связи с этим национальный жестовый язык и национальный словесный язык имеют равный статус как средства педагогического процесса и предметы обучения. В экспериментальных группах специального детского сада глухих детей обучают устной и жестовой речи. Первые результаты показывают эффективность билингвистического обучения для многих глухих детей.

Верботональная методика разработана специалистами центра «Суваг» (Загреб, Хорватия). Коррекционно-реабилитационная работа основана на развитии слухового, тактильно-вибрационного восприятия речевых и неречевых звуков, максимальном использовании остаточного слуха и системы специальных упражнений фонетической ритмики для формирования произношения. Учреждения, работающие по этой методике, чаще являются экстернатами, родители имеют возможность общаться и заниматься с детьми каждый день.

Словарь терминов

Глухота - стойкая потеря слуха, при которой невозможно разборчивое восприятие речи даже на самом близком от уха расстоянии и невозможно самостоятельное овладение речью

Тугоухость - нарушение слуха, при котором на основе сохранившихся остатков слуха возможно восприятие обращенной речи, и, как следствие, самостоятельное накопление минимального речевого запаса

Слабослышащий – педагогический аналог медицинского термина «тугоухий»

Звуки речевого диапазона – звуки частотой 500, 1000, 2000, 4000 Гц.

Громкость - слуховая оценка мощности источника звука, измеряется в дБ.

Список использованных источников:

1. Андреева, Л.В. Сурдопедагогика. / Ред. Н.М. Назарова Н.М., Т.Г. Богданова. – М., Академия, 2005 ISBN: 5-7695-0858-2, 978-5-7695-0858-5

2. Боскис, Р.М. Глухие и слабослышащие дети. / Р.М. Боскис -М.: Педагогика, 1963.

3. Богданова, Т.Г. Сурдопсихология: учеб пособие. / Т.Г. Богданова – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 224 с. ISBN - 5-7695-0874-4

3. Зайцева, Г.Л. – Дактилология. Жестовая речь: Учеб пособие для студентов дефектол. Фак. пед. ин-тов. – М.: Просвещение, 1991.- 159 с. ISBN 5-09-002642-4

4. Нейман, Л.В. Слуховые функции у тугоухих и глухих детей. / Л,В. Нейман – М.: [б.и.], 1961.

5. Шипицына, Л.М. Ребенок с нарушенным слухом в семье и обществе. / Л.М. Шипицына – СПб.: Речь, 2009. – 203 с. ISBN 978-5-9268-0779-4

6.3 Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

По данным К.А. Семеновой, В.Л. Адрианова, И.И. Мирзаевой, Н.Г. Веселова в настоящее время на 10 тыс. новорожденных приходится 34-42 ребенка, страдающих такой формой и тяжестью поражений опорно-двигательного аппарата, которые не позволяют этим детям посещать обычные дошкольные учреждения и обучаться в общеобразовательной школе. [5, с. 18]

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА) – это полиморфная в клиническом и психолого-педагогическом отношении категория лиц. Среди них условно выделяют четыре категории:

1) дети, у которых нарушения ОДА обусловлены органическими поражениями нервной системы:

- головного мозга (ДЦП, опухоли, травмы);
- проводящих путей (паралич рук, кривошея);
- спинного мозга (последствия полиомиелита, травмы);

2) имеющие сочетанные поражения нервной системы и ОДА вследствие родовых травм;

3) имеющие нарушения ОДА при сохранном интеллекте (артрогриппозы, хондродистрофии, сколиозы и т.д.);

4) имеющие нарушения ОДА наследственной этиологии с прогрессирующими мышечными атрофиями (миопатия Дюшенна, амнотрофия Вердинга-Гоффмана и т.д.) [5]

По данным Л.М. Шипицыной и И.И. Мамайчук в Санкт – Петербурге Ассоциацией родителей детей – инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата был проведен анализ, который показал, что среди этих детей 6 % - практически полностью способны к самообслуживанию, 50 % - к неполному обслуживанию, 30 % - к частичному самообслуживанию, 14 % - полностью неспособны к самообслуживанию. В плане сохранности интеллекта были получены следующие результаты: 60 % - имеют сохранный интеллект, 30 % - частичные отклонения в развитии интеллекта, 10 % - грубые нарушения интеллекта. [5, с. 12-13]

Наиболее изученной в клиническом и психолого-педагогическом аспектах и составляет подавляющее число учащихся специальных (коррекционных) школ IV вида среди детей с нарушениями ОДА – это группа детей, причиной нарушения функций опорно-двигательного аппарата у которых является детский церебральный паралич (ДЦП).

Термин ДЦП объединяет ряд синдромов, которые возникают в связи с повреждением мозга.

Детский церебральный паралич развивается в результате поражения головного и спинного мозга от разных причин на ранних стадиях внутриутробного развития плода и в родах. Основным клиническим симптомом ДЦП является нарушение двигательной функции. В большей части случаев к нему присоединяются нарушения психики, речи, зрения, слуха и др.

Поскольку термин ДЦП не может включить в себя всё многообразие патологических сдвигов, возникающих при этом заболевании, уже много лет ведут поиски и разработки оптимальной классификации. Первая классификация, включающая критерии выделения типов ДЦП, была предложена З. Фрейдом в 1897 г. Примененные в данной классификации критерии легли в основу всех последующих классификаций. В настоящее время их насчитывается более двадцати.

В отечественной клинической практике используется чаще всего классификация К.А. Семеновой (1979). Согласно ей выделяют пять основных форм ДЦП:

- двойная гемиплегия;
- спастическая диплегия;
- гемипаретическая форма;
- гиперкенетическая форма;
- атонически-астатическая форма.

Кроме того, на практике выделяют еще и смешанную форму ДЦП.

Двойная гемиплегия – наиболее тяжелая форма ДЦП. Причиной возникновения, как правило, является тяжелое поражение мозга во внутриутробном периоде. Тяжело нарушены двигательные, психические, речевые функции; ребенок не может научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить. Психическое развитие детей с данной формой ДЦП находится на уровне умственной отсталости в умеренной и тяжелой степени. Речь, как правило, отсутствует. Дальнейший прогноз развития чаще всего неблагоприятный, полная инвалидизация ребенка.

Самая распространенная форма ДЦП – спастическая диплегия, известная под названием синдрома Литтля. Поражены руки и ноги. Нижние конечности, как правило, поражаются в большей степени. Тяжесть речевых, психических и двигательных нарушений варьируется в широких пределах. В отношении интеллектуального развития у детей со спастической диплегией чаще речь идет о вторичной задержке психического развития, которая при рано и правильном начатом лечении и коррекционном обучении может быть устранена к 6-8 годам.

Выделяют три степени нарушений двигательной активности у детей со спастической диплегией. Дети с тяжелой степенью не могут самостоятельно передвигаться, или передвигаются с помощью костылей. «Манипулятивная деятельность рук у них значительно снижена; у 50-60 % - задержка психического развития, у 25-35 % - умственная отсталость». [5, с33]. При средней степени тяжести дети могут самостоятельно передвигаться, манипулятивная деятельность развита, хотя недостаточно, у 45-55 % отмечается задержка психического развития, у 15-25 % - умственная отсталость.

Для детей с легкой степенью тяжести нарушений опроно-двигательного аппарата при спастической диплегии характерно: неловкость и замедленность

темпа движений в руках, относительно легкое ограничение объема активных движений в ногах, дети самостоятельно передвигаются. Задержка психического развития отмечается у 20-30 % , умственная отсталость - у 5 %.

Спастическая диплегия имеет благоприятный прогноз в отношении психического развития ребенка, однако в развитие локомоторных функций обладает менее благоприятным прогнозом.

При гемипаретической форме ДЦП поражена одна сторона тела – одна рука и одна нога, левая при правостороннем поражении мозга и правая при левостороннем поражении мозга, обычно более тяжело поражена верхняя конечность. У 25-35 % детей с данной формой ДЦП отмечается легкая степень умственной отсталости, у 45-50 % - вторичная задержка психического развития, которая, однако, может быть преодолена при своевременно начатом лечении и коррекционном обучении. Также выделяют три степени тяжести, в зависимости от которых можно говорить и о прогнозе психического развития и развития локомоторных функций. Чем тяжелее поражение опорно-двигательного аппарата, тем больше вероятность возникновения умственной отсталости.

Гиперкинетическая форма ДЦП чаще всего является результатом билирубиновой энцефалопатии как результата гемолитической болезни новорожденных. Данная форма ДЦП отличается от ранее описанных сочетанием степени поражений опорно-двигательного аппарата и интеллектуальных нарушений. Так, несмотря на довольно тяжелые двигательные поражения, интеллектуальный уровень детей при данной форме ДЦП выше. Существенно, до 4-7 лет, оказывается отсроченной возможность самостоятельного передвижения, иногда оно становится возможным лишь к 9-12 годам, в 90 % случаев отмечаются речевые нарушения, ЗПР – у 50 %, нарушения слуха – у 25-30 %. Для данной формы ДЦП прогноз в отношении психического развития и социальной адаптации благоприятен, хотя в значительной степени зависит от характера и интенсивности гиперкинезов.

Атонически – астатическая форма ДЦП прогностически неблагоприятна, встречается реже других форм. Характерными признаки являются низкий тонус мышц при наличии патологических тонических рефлексов. При данной форме ДЦП

дети начинают самостоятельно сидеть к 1-2 годам, ходить – к 6 годам. Интеллектуальные поражения в значительной степени обусловлены локализацией поражений головного мозга. Как правило, поражается лобно-мосто-мозжечковый путь, лобные доли и мозжечок, что и определяет степень и характер интеллектуального и речевого недоразвития.

Заболевание ДЦП имеет процессуальный характер, и в процессе лечения выделяют следующие этапы: острый период (от рождения до 1 мес.), ранний резидуальный (от 2 мес. до 12-18 мес.), промежуточный резидуальный (с 12-18 мес. до 4-6 лет), поздний резидуальный (с 4-6 лет до 16 лет).

Психическое развитие ребенка в условиях ДЦП в значительной степени обусловлено рядом параметров: характером и тяжестью заболевания, периодом в течение заболевания и этапом лечения, качеством оказания медицинской помощи, локализацией поражений головного мозга, наличием/отсутствием сочетанный поражений слуха, зрения, речевого аппарата, тяжестью этих сочетанных нарушений.

В зарубежной литературе приводятся три фактора, влияющих на когнитивное развитие детей с ДЦП:

1. Взаимосвязь сенсорного и когнитивного развития имеет у детей с ДЦП иную, чем у детей с нормальным онтогенезом основу.

2. Дети с ДЦП более ограничены в своих исследовательских возможностях, а также в приеме, хранении и воспроизведении информации, адекватной уровню их развития.

3. Болезненные переживания из-за длительного пребывания в больнице, сложные отношения с родителями, предубежденное отношение с окружающими, неблагоприятно влияющие на эмоциональную сферу. [5].

И.Ю. Левченко и О.Г. Приходько при описании психического развития выделяют ряд наиболее общих закономерностей для развития детей с ДЦП.:

- нарушение активного произвольного внимания, которое негативно отражается на функционировании всей познавательной системы ребенка с ДЦП, так как нарушения внимания ведут к нарушениям в восприятии, памяти, мышлении, воображении, речи;

• повышенная истощаемость всех психических процессов (цереброастенические проявления), выражающаяся в низкой интеллектуальной работоспособности, нарушениях внимания, восприятия, памяти, мышления, в эмоциональной лабильности. Цереброастенические проявления усиливаются после различных заболеваний, нарастают к концу дня, недели, учебной четверти. При интеллектуальном перенапряжении появляются вторичные невротические осложнения. Иногда повышенная психическая истощаемость и утомляемость способствует патологическому развитию личности: возникает робость, страхи, пониженный фон настроения и пр.;

• повышенная инертность и замедленность всех психических процессов, приводящая к трудностям в переключении с одного вида деятельности на другой, к патологическому застреванию на отдельных фрагментах учебного материала, к «вязкости» мышления и др. [2, с. 25-29]

При описании психического развития детей с ДЦП все же на первый план выходит проблема зависимости характера нарушений интеллектуальной сферы от качества оказания и своевременности начала лечения.

Так, по наблюдениям В.А. Качесова, нормализация чувствительности в результате активной медицинской реабилитации приводила к активизации психического развития ребенка. Важную роль играло возрастание двигательной активности, так как в этом случае отмечался, как правило, «скачок» в психическом развитии ребенка. В частности, он отмечает высокий процент детей со сниженным интеллектом среди своих пациентов, в основном раннего дошкольного возраста, при наличии довольно большого числа детей с повышенным интеллектом старше 12 лет. Хотя, при этом, В.А Качесов обращает внимание на некоторую одностороннюю направленность развития интеллекта [1, с. 79].

В целом можно выделить следующие наиболее характерные нарушения психического развития у детей с ДЦП.

Более позднее созревание функций по сравнению с нормальным онтогенезом, если же коррекционная работа происходит на ранних этапах развития ребенка, то легкие нарушения сглаживаются, тем не менее, основная особенность –

дисгармоничный мозаичный характер нарушений сохраняется, также, как и астенические проявления.

Вынужденная изоляция и невозможность полноценного взаимодействия с окружающей средой объясняют ограниченный запас представлений об окружающем мире, ограниченность предметно-практической деятельности.

Внимание детей с ДЦП характеризуется рядом патологических особенностей. У большинства детей с ДЦП отмечается повышенная истощаемость психических процессов, пониженная работоспособность. Дети с трудом сосредоточиваются на задании, быстро становятся вялыми и раздражительными. Отмечаются также трудности в переключении внимания, застревание на отдельных элементах выполняемого задания, что связано с инертностью психической деятельности. Фиксирование внимания на окружающих людях и предметах вызывает значительные затруднения у дошкольников с ДЦП (по наблюдениям Н.В. Симоновой), несколько выше возможности сосредоточения внимания на собственных действиях. Наименее сохранной часто является такая характеристика внимания, как переключение. В большинстве случаев условием переключения внимания с одного вида деятельности на другой является длительный период времени и неоднократная стимуляция.

У детей с ДЦП имеет место своеобразное развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций. У ребенка с ДЦП на оптический и звуковой раздражитель возникает притормаживание общих движений. При этом отсутствует двигательный компонент ориентировочной реакции, то есть поворот головы в сторону источника звука или света. Могут отмечаться неадекватные реакции, то есть, вместо ориентировочных могут возникать защитно-оборонительные. На сигнал, не являющийся слишком резким, - вздрагивание, плач, испуг.

Нарушения двигательной активности у детей с ДЦП обусловливает проблемы в развитии восприятия. Сложности отмечаются в восприятии разных модальностей.

Так, нарушенная опто-моторная координация, которая у детей с ДЦП часто формируется лишь к 4 годам, препятствует развитию гаптического восприятия (И.И. Мамайчук). Слабый уровень анализа и синтеза сенсорных сигналов наряду с

речевым недоразвитием способствует слабости функции обобщения зрительных образов и представлений. В результате узнавание предметов, сюжетных картин оказывается затрудненным. Развитие стереогноза – узнавание предметов наощупь – недостаточное или формируется замедленно. В результате страдает целостность и предметность восприятия. Зрительное восприятие еще более затрудняется в случаях, когда сочетанным с нарушением двигательной активности является нарушение зрения. Так приблизительно в 20-30 % случаев отмечаются косоглазие, двоение в глазах, нистагм, опущенное верхнее веко (птоз), нарушение согласованности движения глаз. Слабовидение и слепота встречаются примерно у 10 % детей с ДЦП.

Слуховое восприятие также может страдать. Часто это может быть связано с поражением слухового восприятия как сочетанного дефекта. Для некоторых детей характерна недостаточность фонематического слуха. Так, часто отмечается невозможность различать одинаковые по способу звуки, которые отличаются по параметру глухости – звонкости (*д*ом-*т*ом, ко*з*а-ко*с*а, например).

Сложности формирования восприятии отражаются у детей с ДЦП на уровне пространственного анализа и синтеза. В этом плане можно выделить такие факторы, недостаточная фиксация взора, слабость функции прослеживания предмета и ограничение поля зрения.

Страдает схема тела. Практическая ориентировка, определение «право-лево» часто значительно затруднены. Так, Р.Я. Абрамович-Лехтман, К.А.Семенова, М.Б.Эйлинова, А.А.Добронравова и др. отмечают существенные нарушения пространственного восприятия у детей с ДЦП. Практическая дифференцировка пространственных отношений и употребление адекватных словесных обозначений в большинстве случаев у детей с ДЦП имеет ситуативный характер.

Перечисленные трудности в формировании разных модальностей восприятии сказывается на узнавании предметов, картин. Осмысленное восприятие сюжетных картин также может быть связано со сложностями узнавания деталей. В зависимости от локализации поражений мозга могут отмечаться сложности в формировании счета: трудности в восприятии количества, графического изображения цифр и так далее.

При всех видах ДЦП наблюдается нарушение пространственного восприятия. При гемиплегии нарушена боковая ориентация, при диплегии — ориентация по вертикали, при тетраплегии - ориентация в направлении спереди назад (сагиттальная). При последней форме искажение пространственного восприятия несет самые тяжелые последствия для психики ребенка.

Исследования А.А.Добронравовой показали, что недостаточность объемных представлений приводит к тому, что у парализованного ребенка возникает неправильное представление о форме и сущности окружающих его предметов. У большинства изученных детей с ДЦП был грубо нарушен двигательно-кинестетический анализатор при сохранности зрения. У половины обследованных детей оказались нарушенными представления об объеме и соотношение плоскостного изображения с тем же объемным предметом. Например, если дети без труда узнавали на картинках лошадь или дом, то выбрать аналогичный объект среди игрушек они затруднялись. У ряда детей в возрасте 3 — 5 лет отождествление предметов, изображенных на картинке, с предложенными для выбора игрушками производилось не по форме, а по цвету, что характерно для здоровых детей второго года жизни. [3]

Представления у детей с ДЦП отличаются фрагментарностью, нечеткостью, зачастую ребенку с ДЦП трудно воспроизвести качественные характеристики таких параметров предмета, как форма, объем, размер. Обусловлено это как нарушением стереогнозиса, так и проблемами в развитии речи.

Исследования И. И. Мамайчук и Е. Н. Бахматовой по изучению слухоречевой механической памяти у детей с ДЦП (предлагалось запомнить 10 слов и цифр) выявили у некоторых детей существенные трудности в удержании запоминаемого материала; при повторении дети нарушали порядок цифрового и словесного рядов, добавляли слова и цифры, которые не встречались в тексте. Аналогичные ошибки наблюдались и при запоминании материала, предъявляемого в зрительной модальности.

В развитии мышления, таким образом, возникает некоторая асинхрония. Так, многие наглядно – действенные задачи вынужденно осваиваются без достаточной

базы наглядно – действенных образов. Речь выполняет комплиментарную функцию, однако в зависимости от тяжести интеллектуального дефекта качество реализации компенсаторной функции речи оказывается разным.

Поэтому в психическом развитии ребенка можно отметить «ножницы», когда ребенок может давать разумные объяснения, связанные с окружающей действительностью, событиями, явлениями, бытом, может описать все этапы выполнения каких-либо действий, но при этом он никогда их не выполнит. Недостаточность наглядно-действенного мышления приводит к недостаточности в формировании других, более сложных форм мыслительной деятельности. [3]

Длительное преобладание дистантного зрительного восприятия, особенно в сензитивные периоды развития осязательного, тактильного восприятия, часто приводит к задержке понятийного мышления.

В зависимости от формы ДЦП отмечаются характерные особенности в нарушениях мышления и мыслительной деятельности.

Так, при гиперкинетической форме чувственное обобщение достигает своего наибольшего развития. Большая эмоциональность этих детей, стремление к контакту способствуют тому, что речь уже на самых ранних этапах своего формирования выполняет коммуникативную и познавательную функции, что способствует сравнительно полному развитию абстрактного мышления.

При двойной гемиплегии и спастической диплегии чаще отмечается нарушение гностических зрительных функций, таких, как нарушение восприятия объемных величин и пространственных взаимоотношений, что приводит к недостаточному развитию чувственного обобщения. Психические особенности этих детей, такие, как повышенная пугливость, инертность, тормозят речевое обобщение. Это приводит к задержке развития понятийного и абстрактного мышления.

При атонически-астатической форме ДЦП речь остается отражением конкретной связи слова с предметом, обобщенный тип восприятия не развивается. Речь не становится средством связи и познания окружающего мира, что отражается в мышлении и поведении таких детей. Эти дети остаются часто вне ситуации, вне

коллектива, не устанавливают связей с окружающими. Внимание их крайне неустойчиво, деятельность неорганизованна, мышление сугубо конкретное.

Речевое развитие детей с ДЦП характеризуется количественными и качественными особенностями, значительным своеобразием. Частота речевых нарушений при ДЦП, по разным данным, составляет от 70 до 80 %. Длительное исследование детей с ДЦП позволило выделить ряд патологических особенностей уже в предречевой период.

Е.Ф. Архиповой было проведено исследование 155 детей с церебральным параличом в возрасте от 6 месяцев до 2 лет, у 73 из них лепет отсутствовал, у 62 детей спонтанный лепет появился лишь к 1 году, а у 20 детей — только к 2 годам. У детей была малая активность звуковых проявлений, их лепет был беден звуками (наиболее характерными в лепете были сочетания: *ма, па, эа, аэ),* фрагментарен, слоговые ряды отсутствовали. Патологическое состояние артикуляционного аппарата детей с ДЦП препятствовало спонтанному развитию артикуляционной моторики, появлению новых звуков, а также артикулированию слогов в период лепета. В большинстве случаев в лепете детей не наблюдалось той последовательности этапов развития лепета, которая характерна для здоровых детей.

У 60 —70 % детей с ДЦП отмечается дизартрия.

Нарушение звукопроизношения при ДЦП в основном связано с общими двигательными расстройствами. Например, у детей с гиперкинетической формой ДЦП нормальное произношение нарушено из-за гиперкинезов языка, губ и т.д. При резком повышении мышечного тонуса в конечностях может наступить спазм мышц языка и гортани. При атонически-астатической форме ДЦП речь медленная, прерывистая, монотонная. Нарушения звукопроизношения выражаются в виде пропусков звуков, их искажений или замен. Нарушение кинестезии при ДЦП ведет к невозможности ощущать положение языка, губ, что существенно затрудняет артикуляцию. Наиболее тяжелые речевые расстройства возникают при нарушениях слуха, которые чаще наблюдаются у детей с гиперкинезами. Нарушения

звукопроизносительной стороны речи могут усиливаться по причине расстройств дыхания и голосообразования.

При ДЦП может наблюдаться недостаточный уровень сформированности лексико-грамматической стороны речи. Исследование Е.М. Мастюковой показало, что первые слова у обследованных детей с ДЦП в среднем появляются только к 1,5 годам, фразовая речь — к 3 — 3,5 годам. По данным М.В. Ипполитовой дети с ДЦП шести – семи лет очень редко употребляют в речи предлоги *под, над, перед, между, в* (середине). Для большинства детей характерна недостаточная дифференциация и низкая актуализация временных и особенно всех пространственных связей и отношений в активной речи. Зачастую словесное обозначение пространственных отношений носит примитивный характер, не соответствующий возрастной норме: «поближе ко мне», «от меня чуть-чуть в сторону» и т.д., что при нормальном онтогенезе наблюдается в более раннем возрасте — до 4 лет. Качество речи определяется характером психической деятельности в целом и темпом мышления.

В развитии личности детей с ДЦП особую роль играет осознание дефекта. По данным Э.С. Калижнюк оно возникает чаще в возрасте 7—8 лет и связано с их переживаниями по поводу недоброжелательного отношения к ним со стороны сверстников и с социальной депривацией. Психогенные реакции, возникающие у таких детей могут невротическим с пассивно-оборонительным элементом чрезмерная ранимость, застенчивость, робость, склонность к уединению и т.д. и агрессивно – защитными аффективная несдержанность, готовность к конфликтам и агрессии.

Исследование, проводившееся Т.В. Есиповой в течение трех лет, дало основание выделить среди детей с нарушениями двигательной сферы три основные группы по их отношению к своему физическому дефекту.

Дети первой группы, наиболее благополучной, полностью понимают последствия заболевания, трезво оценивают свои силы и возможности и готовы к преодолению трудностей. Как правило, благодаря целеустремленности и волевым качествам они добиваются успехов в учебе, утверждаются в коллективе здоровых людей, в жизни.

Для детей второй группы типичным является подавленное настроение, потеря веры в улучшение их состояния. Это оказывает влияние на все сферы жизни и деятельности этих детей, затрудняет лечебную, психолого-педагогическую работу с ними. В третью группу входят подростки, сравнительно спокойно относящиеся к своему заболеванию. У одних это объясняется компенсацией физической недостаточности другими развивающимися качествами и определенными достижениями (успехи в отдельных видах спорта, хорошая успеваемость, общественная работа и др.), у других — избалованностью в семье, иждивенчеством, у третьих — недостаточным развитием личности в целом. У подростков этой группы нет объективной оценки своих возможностей, критического отношения к ним.

Как это видно, переживания физической недостаточности одних мобилизуют на борьбу с болезнью, на занятие полноценного места в социальной жизни, у других эти переживания начинают занимать центральное место, уводят подростка от активной жизни.

Разница в реакциях подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата на физический дефект, как показывает данное исследование, определяется направленностью личности ребенка: У одних переживания связаны с повышенным вниманием к своему внешнему виду, т.е. к косметической стороне дефекта, у других наблюдается интерес к внутреннему содержанию, к интеллектуальным и нравственным сторонам личности. В целях правильного развития личности очень важно преодолеть переживания, Направленные лишь на косметическую сторону дефекта. Это достигается не столько лечением физического недуга, сколько грамотной психологической работой с ребенком.

По данным Э.Хейссерман, некоторые интеллектуально одаренные дети с тяжелой формой ДЦП меньше страдают от своего дефекта, чем другие дети при физическом поражении той же степени тяжести. Благодаря своей природной одаренности эти дети дают высший уровень компенсации.

У детей с ДЦП развитие всех видов деятельности проходит своеобразно. Связано это в основном с двигательной патологией, поскольку любая деятельность

предполагает выполнение активных внешних действий и операций, формирование навыков и умений, в том числе и двигательных.

Динамику развития игровой деятельности у дошкольников с ДЦП изучала Н.В. Симонова. В ее исследовании состояние и динамика развития игровой деятельности (сюжетно-ролевая игра) оценивались по следующим параметрам: наличие мотива, замысла, сюжета игры, создание игровой ситуации и принятие на себя роли, овладение приемами реализации игрового действия, планирование, регулирование и соподчинение действий по ходу игры.

Результаты исследования показали следующее.

1. Игровая деятельность дошкольников с ДЦП 4 — 5 лет (1-й год обучения) на момент их поступления в дошкольное учреждение носит процессуальный, подражательный характер, замысел игры отсутствует, набор операций ограничен, отмечается бедность средств выразительности, скупость или отсутствие речевого сопровождения игровых действий. На этом этапе сюжетно-ролевая игра как таковая не возникает, а имеют место одиночные игры и игры «рядом».

Целенаправленное обучение игровой деятельности с показом Игровых действий и ситуаций изменяет характер игры, приводит к формированию устойчивых групп играющих «рядом» либо к под-групповым играм на основе индивидуальных и эмоционально-личностных предпочтений. Возникает эпизодическое общение между детьми в рамках игры. Дети начинают отображать последовательность сюжетных действий, формируется и обогащается отобразительная игра, процессуальные действия, возникает использование предметов-заместителей. Под влиянием коррекционно-раз-виваюшей работы увеличивается продолжительность игры до 10 — 20 мин.

Таким образом, в результате обучения детей с ДЦП 4 — 5 лет игровой деятельности на первом году обучения отмечается динамика в развитии игры, проявляющаяся в развитии мотивационно-потребностных и операционных ее компонентов. Предметные действия приобретают характер отобразительных и даже ролевых игр.

2. Игровая деятельность детей с ДЦП 5 — 6 лет (2-й год обучения) характеризуется становлением сюжетно-ролевой игры. Расширяется тематика игр, игра структурно обогащается, увеличивается ее продолжительность, совершенствуются игровые приемы, используются предметы-заместители, игра носит групповой характер (в игре участвуют 4 — 5 человек), возникает принятие на себя роли, ролевое общение в игре. Такие качественно-количественные положительные изменения в игровой деятельности возможны в основном за счет грамотного психолого-педагогического сопровождения детей и проведения коррекционно-развивающей работы с ними.

3. Игровая деятельность дошкольников с ДЦП 6 — 7 лет (3-й год обучения) характеризуется незначительными изменениями структурно-динамической стороны. Однако на этом этапе появляется формирование самостоятельных творческих коллективов, сворачивается направляющая, планирующая и контролирующая роль взрослого в игре. Если раньше он был инициатором игры, то теперь только содействует игре, наблюдает за процессом, советует и помогает. В игре в большей степени и более полно отражаются взаимоотношения людей, их ролевое взаимодействие. Замысел становится творческим, игра может включать в себя несколько компонентов и состоять из нескольких сюжетов, последовательно переходящих один в другой. Продолжительность игры достигает 35 мин и более.

Таким образом, изучение состояния игры и ее динамики на разных возрастных этапах показывает, что в развитии игровой деятельности детей с ДЦП наблюдаются те же тенденции, что и при нормальном развитии. Но вместе с тем игру ребенка с ДЦП и ребенка без двигательной патологии нельзя отождествлять. У детей с ДЦП обнаруживается больший, чем при нормальном развитии, разброс уровней игры в одном возрастном диапазоне, неравномерная сформированность отдельных структурных компонентов игры внутри одного игрового уровня. Дети с ДЦП обнаруживают большую потребность в помощи взрослого, недостаточность мотивации к игровой деятельности, снижение активности и самостоятельности в игре.

Развитие деятельности у детей и подростков с ДЦП в значительной степени ограничено таким явлением, как апраксия. Такие дети с особым трудом осваивают навыки одевания, раздевания, застегивания пуговиц, зашнуровывания ботинок; они долго не могут научиться застилать кровать, затрудняются в письме, в конструировании из кубиков, палочек и т.д.

Кроме того. Развитие деятельности в значительной степени обусловлено стилем семейного воспитания. Наиболее негативные последствия в этом плане имеет гиперопекающий стиль. В этом случае может развиться так называемая вторичная апраксия, что существенно снижает возможности социализации ребенка.

Словарь терминов

Гаптическое восприятие – один из видов восприятия, основанный на мультимодальной информации: тактильной, осязательной, кинестетической.

Гиперкинез – непроизвольные движения при органических и функциональных нарушениях нервной системы.

Парез – ослабление произвольных движений

Патологические тонические рефлексы – симметричный и асимметричный тонический рефлексы, являющиеся симптомами ДЦП у детей.

Плегия - патологическое состояние: расстройство произвольных движений, вызванное нарушением иннервации мышц, полная или почти полная утрата силы мышц.

Список использованной литературы:

1. Качесов, В.А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП. / В.А. Качесов. – ЭЛБИ – СПб - С. – Петербург. – 2005. – 112 с. ISBN 5-93979-087-9.
2. Левченко, И.Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько — М.: Издательский центр «Академия», 2001. — 192 с, ISBN 5-7695-0564-8.

3. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др.; Под ред. Л. В. Кузнецовой. — М.: Издательский центр «Академия», 2002. — 480 с.
4. Петрова, В.Г., Кто они, дети с отклонениями в развитии? / В.Г. Петрова, И.В. Белякова – М.: Флинта: Московский психолого-социальный институт, 1998. – 104 с. ISBN 5-89349-073-8.
5. Шипицына, Л.М., Мамайчук. И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук – М.: Гуманит. Изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 368 с. ISBN 5-691-01095-6

Приложение А

(обязательное)

Коллоквиум по периодическим изданиям

Занятие проводиться в форме диспута, обсуждения поднимаемых в периодических изданиях актуальных задач развития специальной психологии в целом и ее отдельных отраслей.

Педагогической **целью** данной формы занятия является развитие навыка анализа периодической литературы. Данная цель может быть достигнута при реализации ряда педагогических **задач:**

1. Формирования навыка работы с текстом статьи в периодической печати.
2. Анализа содержания статьи с позиций основных парадигм общей, возрастной и специальной психологии.
3. Развитие умения выделять параметры классификации статей в периодической печати (в соответствии с актуальными целями и задачами).
4. Развитие навыков использования специальной лексики в устной диалоговой речи.
5. Формирование и закрепление навыков общения в ситуации специально организованного диалога по научным и научно-прикладным проблемам.

Тема коллоквиума предлагается студентам заранее. Задание формулируется следующим образом: «Вам необходимо внимательно изучить периодическую литературу, научные, научно-методические и научно-популярные журналы («Дефектология», «Вестник психосоциальной и психокоррекционной работы», «Психология» и т.д.), в которых обсуждалась бы предлагаемая тема. Каждую статью внимательно прочтите и составьте устную аннотацию по плану:

1. Основные тезисы статьи.
2. Основная цель статьи.
3. Наличие – отсутствие эмпирического подтверждения тезисам статьи.

4. Указание, описание теоретической базы, основы подходов в обсуждении и решении проблем и задач (или отсутствие таковых).

Собрав таким образом достаточный, - не менее пяти статей из не менее чем двух различных изданий -, постарайтесь сформулировать основные признаки сходства и/или различия в обсуждении данной темы в разных изданиях. Четко сформулируйте аргументацию вашей позиции. Обращайтесь за помощью к учебникам и учебным пособиям, монографиям по данной теме, чтобы Ваша позиция имела авторитетное подтверждение».

Темы занятий, проводимых в форме коллоквиума:

1. Критерии и параметры возрастного развития.
2. Ранняя помощь детям с отклонениями в развитии.
3. Инвалид и общество, общество и инвалид.
4. Диагностика нарушенного развития: традиции и инновации.
5. Психокоррекционная работа с «особыми» детьми: психология, педагогика, медицина.

Ход занятия при проведении коллоквиума:

Организационный момент: определение объема прочитанной студентами литературы, выявление основных параметров классификации статей, предлагаемых студентами.

Обсуждение: группа делиться на подгруппы, в зависимости от количества предлагаемых позиций. Всегда, при любом количестве подгрупп формируется «ареопаг», в задачи которого входит определение значимости, достоверности, надежности приводимых противниками аргументов и качества изложения этих позиций.

Заключение: формулирование окончательных параметров классификации предлагаемого материала из периодической печати в соответствии с принципами необходимости и достаточности.

Приложение Б

(обязательное)

Самостоятельная работа студентов

Самостоятельная работа студента состоит из трех частей. Две из них обязательны, третья – факультативна, рассматривается как дополнительная.

Обязательным для всех студентов является написание реферата по одной из предлагаемых тем.

ЧАСТЬ 1. **Реферат**. Реферат как вид самостоятельной работы представляет собой малую исследовательскую форму. Суть реферата состоит в том, что студент изучает несколько источников, пересказывает из данных источников только ту часть информации, которая имеет непосредственное отношение к теме реферата. Систематизирует полученную информацию. Результатом систематизации может стать так называемое «рабочее определение» понятий, заключенных в теме реферата, таблица соответствий и/или различий критериев сравнения понятия, выводы о существующих подходах к анализу проблемы, заключенной в теме реферата. Все это и есть «продукт» реферата, отсутствие которого является одновременно свидетельством невыполнения собственно исследовательской работы в реферате. То есть служит основанием для отрицательной оценки.

В процессе работы над рефератом, а также при изложении результатов собственной работы студент обращается к источникам. Доказательное, внятное логичное изложение результатов метаанализа, каковым по сути является написание реферата, включает использование цитат из прочитанной литературы. Пересказ каких-либо фактов, концепций можно считать «неточной» цитатой. В связи с этим ссылка на источники просто необходима, в противном случае есть основание считать, что предложенный к оцениванию реферат является плагиатом.

То есть, если в Вашей работе отсутствует ссылка на источник, из которого Вы почерпнули ту или мысль; вы просто переписали часть текста и не оформили это как цитату с указанием источника и страницы, вы совершили воровство – поступок

неблаговидный. Вряд ли, даже уличив Вас в подобном, авторы или другие правообладатели текста станут преследовать Вас в судебном порядке (ведь Вы всего лишь студент, постигающий азы науки), но при этом Вы лишитесь возможности показать свою начитанность и осведомленность по данной теме. Для преподавателя же важным является тот факт, что эти ссылки сигнализируют о том, что Вы ориентируетесь источниках, указанных Вами в списке литературы, и действительно работали с ними, и, что особенно важно, обладаете исследовательской культурой.

Требования к источникам: это должны быть монографии, статьи в научных журналах. Использование учебников и учебно-методических пособий в качестве источников допускается, однако наличие только учебников и учебно-методических пособий значительно снижает оценку за работу. Если список литературы состоит только из статей и учебников, то (естественно, с учетом разработанности темы в науке) можно признавать такой список и такой состав источников недостаточным. Идеальный вариант представляет собой следующее: 1-2 монографии непосредственно по теме, 2-3 учебника по профилирующему предмету, 2-3 учебника по смежным дисциплинам, 1-2 статьи вне зависимости от года их издания и 1-2 статьи не ранее 2-3-летней давности.

Темы рефератов.

1. Вершинная психология Л.С. Выготского. Ее роль в становлении и развитии специальной психологии.
2. Идеи В.И. Лубовского и современное состояние специальной психологии.
3. Системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии.
4. Актуальные проблемы интеграции детей с особыми образовательными потребностями.
5. «Особый» ребенок в лечебном учреждении.

6. Организационные аспекты взаимодействия учреждений здравоохранения, образования и социальной защиты с целью обеспечения процессов социокультурной интеграции детей с отклонениями в развитии.

7. Организационные аспекты взаимодействия учреждений здравоохранения, образования и социальной защиты с целью обеспечения процессов социокультурной интеграции взрослых людей с особыми нуждами.

8. Интеграция: понятие со множеством значений.

9. Состояние и динамика высших психических функций как диагностический критерий.

10. Цели и задачи диагностической работы с детьми с отклонениями в развитии.

11. Цели и задачи диагностической работы со взрослыми людьми с ограничениями жизнедеятельности.

12. Возрастная норма в диагностике отклоняющегося развития.

13. Методы раннего выявления детей с отклонениями в развитии.

14. Роль возраста в развитии вторичных отклонений.

15. Проекты организации ранней помощи детям с отклонениями в развитии.

16. Психологический анализ проблем взаимоотношений в семье, воспитывающей «особого» ребенка.

17. Коррекция, компенсация и декомпенсация. Соотношение понятий.

18. Социально-бытовая реабилитация: основные направления в зависимости от вида дизонтогенеза.

19. Система социально-бытовой реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: система Петто.

20. Современная система специального образования в России.

21. Специальное образование в странах Западной Европы.

22. Альтернативные системы обучения детей с проблемами в развитии: вальфдорская педагогика.

23. Альтернативные системы обучения детей с проблемами в развитии: система М. Монтессори.

24. Специальное образование в Соединенных Штатах Америки.

25. Изменение в сфере целеобразования коррекционной работы в зависимости от тяжести дефекта.

26. Возраст как психологическая категория.

27. Хронологический и психологический возраст в условиях нарушенного развития.

28. Социальная ситуация развития как критерий возрастного развития. Реализация в условиях нарушенного развития.

29. Онтогенетический подход к коррекции психического развития.

30. Возрастные нормы как диагностические критерии.

31. Статичность и динамика возрастной нормы.

32. Теоретические и эмпирические классификации: сравнительный анализ.

33. Классификация отклонений в развитии Н.Я. Семаго и М.М. Семаго. Путь создания и анализ прикладного значения.

34. Педагогические классификации нарушенного развития.

35. Классификации нарушений слуха.

36. Классификации детей с нарушением зрения.

37. Классификация нарушенного развития Г.Е. Сухаревой.

38. Общая классификация причин поведенческих нарушений.

39. Психологические механизмы формирования поведенческих нарушений.

40. Сравнительный анализ подходов в классификации поведенческих нарушений в клинической, педагогической и специальной психологии.

41. Характеристика общения детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

42. Кондуктивная педагогика: традиции и инновации.

ЧАСТЬ 2. **Материал для коррекционных занятий с особыми детьми.**

Эта часть самостоятельной работы имеет своей *целью* формирование у студента представлений о формах и методах коррекционной работы с «особыми детьми» и своеобразия коррекционно-развивающего обучения. Кроме того, в качестве дополнительной можно выделить *задачу* накопления материала для последующих курсов «Практикум по коррекционно-развивающему обучению» и «Диагностика развития в норме и патологии».

Материал репрезентуется в форме набора информационных карточек.

Образец информационной карточки приводится ниже.

ИНФОРМАЦИОННАЯ КАРТОЧКА №1.

Упражнение: Самый внимательный.

Цель: Развитие внимания.

Дидактический материал: таблички с «клевером».

Порядок выполнения упражнения: педагог, психолог предлагает детям игру: кто самый внимательный?

Ученикам раздаются конверты с рисунками «клевера». Симметрично на карточке расположены 8 цветков клевера, 7 из них с тремя лепестками, 1 – с четырьмя. Нужно найти клевер с 4 лепестками.

Ребенок, который первым нашел клевер с 4 лепестками, считается самым внимательным.

Достоинства упражнения: вариабельность дидактического материала, следовательно, широкий возрастной диапазон.

Эмпирические наблюдения: дети младшего школьного возраста с удовольствием выполняют это упражнение как в группе, так и индивидуально. С детьми более старшего возраста необходимо усложнение дидактического материала. Применяется в коррекционной работе с детьми с нарушением слуха (задание предлагается письменно), с интеллектуальными нарушениями, а также в развивающих целях с детьми без отклонений в развитии.

ЧАСТЬ 3. **Учебно-исследовательская.**

Целевая направленность данной части представляет собой единство формирования, развития и закрепления навыков исследовательской работы. Материал для исследовательской работы – теоретический, представленный в форме научных, научно-популярных статей в журналах, учебников и учебных пособий.

Темы исследований:

1. Проблема инвалидности в современном обществе.
2. Интеграция: теоретический и прикладной аспекты.
3. Традиции и инновации в коррекционно-развивающем обучении.
4. Клинический психолог в системе комплексной помощи детям с отклонениями в развитии.
5. Клиническая психология и специальная психология. Феномен «смены фигуры и фона».

Студент имеет право предложить свою тему, преподаватель – уточнять и изменять формулировку предложенных тем.

Отчет по данному виду работы представляется в форме таблицы или схемы, в которой наглядно представлены результаты теоретического исследования студента.

К таблице и/или схеме прилагаются пояснения, содержащие: тему, предмет, объект, цели и задачи исследования; аргументацию для выделения тех параметров, которые предложены в таблице, и/или схеме, список использованной литературы с аннотациями.

При итоговом оценивании третья часть работы может быть принята во внимание лишь при условии выполнения всех общих требований к учебному процессу.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

(справочное)

Ответы на вопросы программированного контроля знаний

Тема 1.

1 Г; 2 В; 3 В; 4 А, Б, Г; 5 Б; 6 В; 7 Б, В; 8 В; 9 А; 10 А;

11 В; 12 Б; 13 Б; 14 В; 15 А; 16 Б; 17 А, Б, Г; 18 Б; 19 А;

20 В; 21 Г, 22 В; 23 А; 24 Б; 25 Г; 26 В; 27 А; 28 Б; 29 В;

30 А; 31 А; 32 Б; 33 Б; 34 Г; 35 В; 36 Б.

Тема 2.

1 Б; 2 В; 3 А; 4 Б; 5 В; 6 В; 7 В; 8 Г; 9 Б, В; 10 В; 11 В;

12 Г; 13 Б, В; 14 Г; 16 Б; 17 А; 18 А; 19 А; 20 А; 21 В; 22 Б;

23 А; 24 Б; 25 Г; 26 В, Г; 27 В; 28 Б, В; 29 Б; 30 Б; 31 Г;

32 В; 33 А; 34 Б, Г; 35 А, Б; 36 А; 37 В; 38 Г; 39 В; 40 В;

41 В; 42 Б; 43 А; 44 В; 45 Б; 46 А; 47 Б; 48 А; 49 Б,В; 50 В;

51 Б; 52 Б, В, Г; 53 Б; 54 В; 55 Г; 56 Б; 57 А, Б, Г;

58 А, Б, Г; 59 Г.

Тема 3.

1 Б, В, Г; 2 А, В; 3 В; 4 В; 5 Б; 6 В; 7 Г; 8 В; 9 В; 10 В;

11 В; 12 В; 13 Б; 14 В; 15 В; 16 Г; 17 В; 18 А; 19 Б; 20 В;

21 Б; 22 Б, В; 23 А, Г.

Тема 4.

1 Г; 2 А; 3 В; 4 А; 5 Г; 6 В; 7 Г; 8 В; 9 В; 10 А; 11 Б; 12 В; 13 Г; 14 Б; 15 В; 16 В, Г;

17 Б; 18 Б; 19 А; 20 Г; 21 В; 22 В; 23 В; 24 В; 25 В.

Тема 5.

1 А, Г; 2 В; 3 Б; 4 А; 5 В; 6 Б; 7 Б; 8 Г; 9 Б; 10 А; 11 В;

12 В; 13 А, В, Г; 14 Г; 15 А; 16 Б; 17 А; 18 А, Г; 19 А; 20 А; 21 Б; 22 В; 23 Г; 24 Г; 25 А; 26 Б; 27 В; 28 Б; 29 В; 30 В;

31 В; 32 В; 33 А; 34 В; 35 А, Б; 36 В; 37 Б; 38 А; 39 В;

40 В; 41 Б; 42 Г; 43 Б, Г; 44 Б; 45 В; 46 Б; 47 В; 48 В; 49 А; 50 Б.

Тема 6.

1 А; 2 Г; 3 В; 4 Г; 5 Б; 6 Б; 7 В; 8 Г; 9 А; 10 В;

Тема 7.

1 Г; 2 А; 3 Б; 4 В; 5 В; 6 Б; 7 В; 8 Б; 9 А; 10 В; 11 А; 12 А; 13 В; 14 А; 15 Г; 16 В; 17 Г; 18 А; 19 Б; 20 А; 21 А; 22 Б;

23 Б; 24 В; 25 Г; 26 Б; 27 А; 28 А; 29 Б; 30 В; 31 В; 32 Г;

33 В; 34 Г; 35 Б; 36 В; 37 Б; 38 Б; 39 В; 40 В; 41 В; 42 В;

43 В; 44 В; 45 Б; 46 В; 47 В; 48 Г; 49 Г; 50 В; 51 Г.